



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>



A 3 A 1835.2

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.



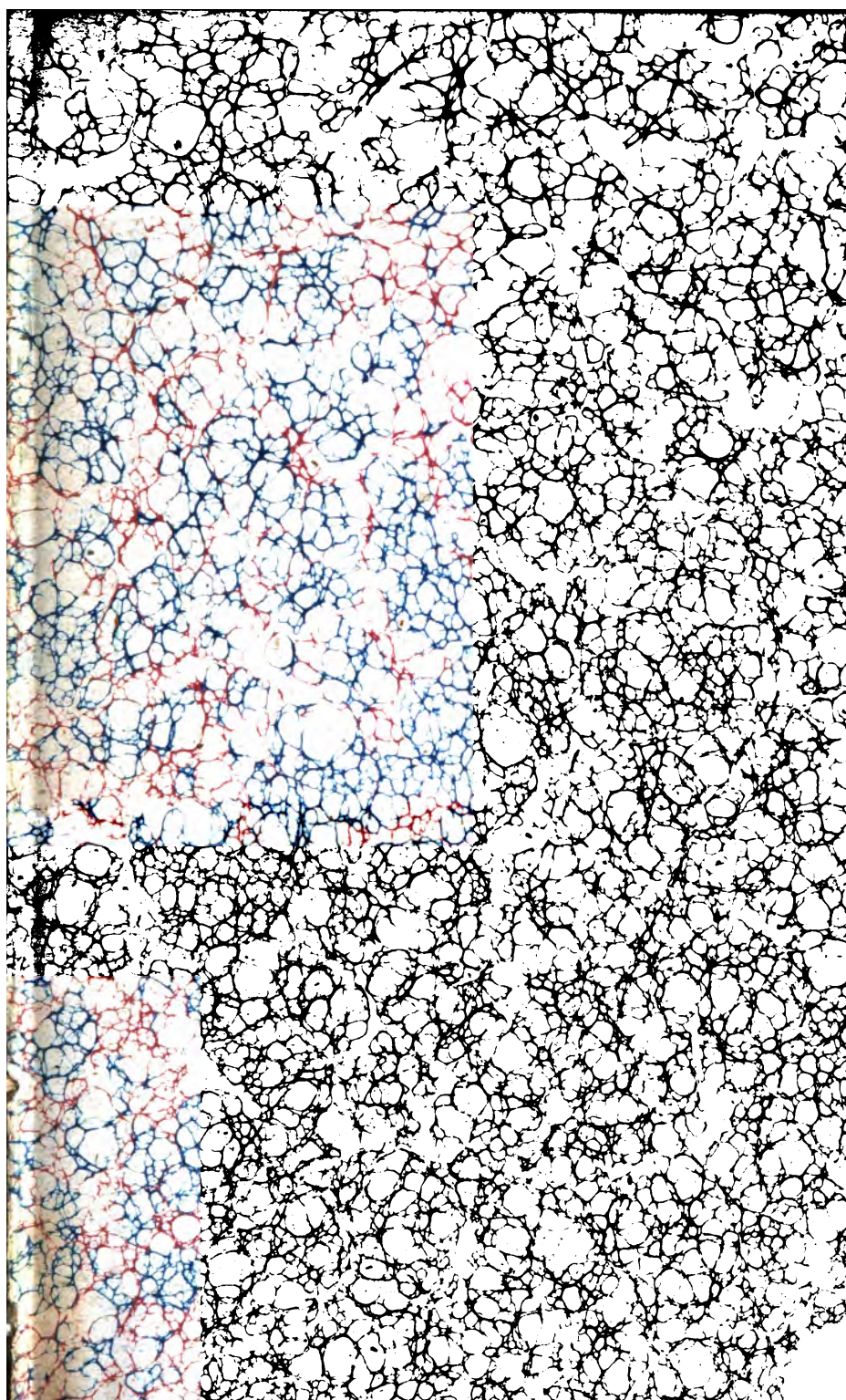
LIBRARY

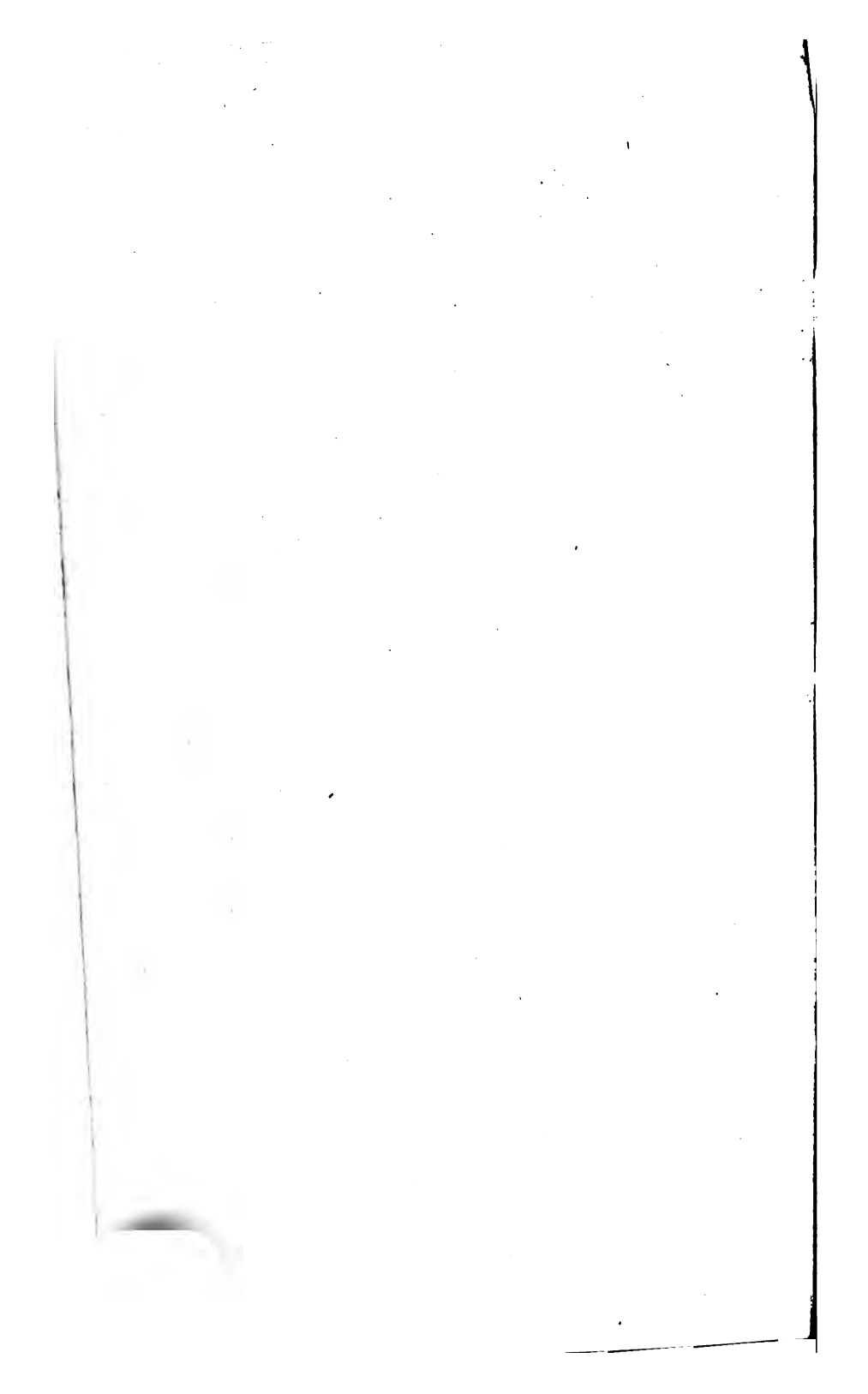
OF THE

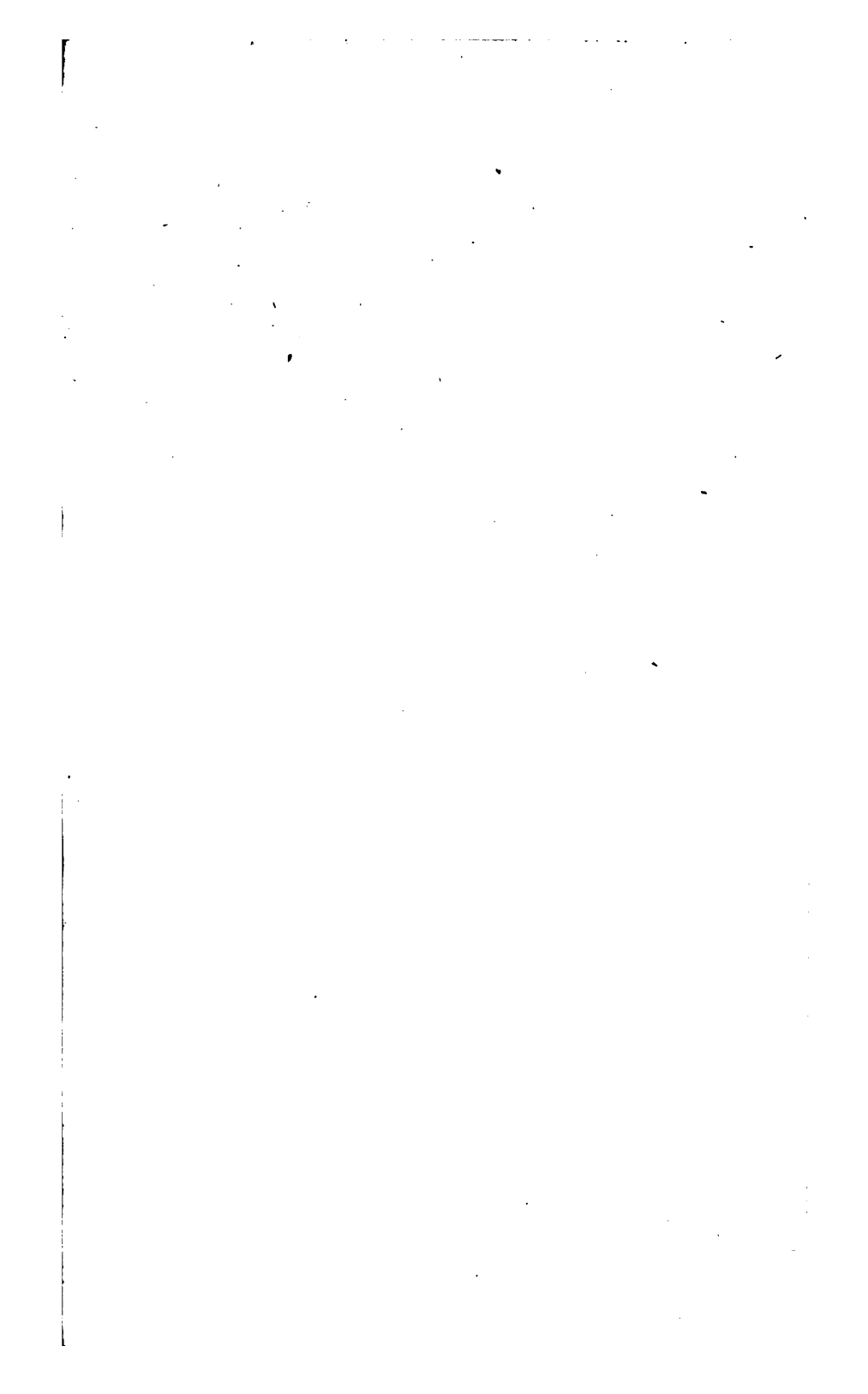
PATHOLOGICAL LABORATORY.

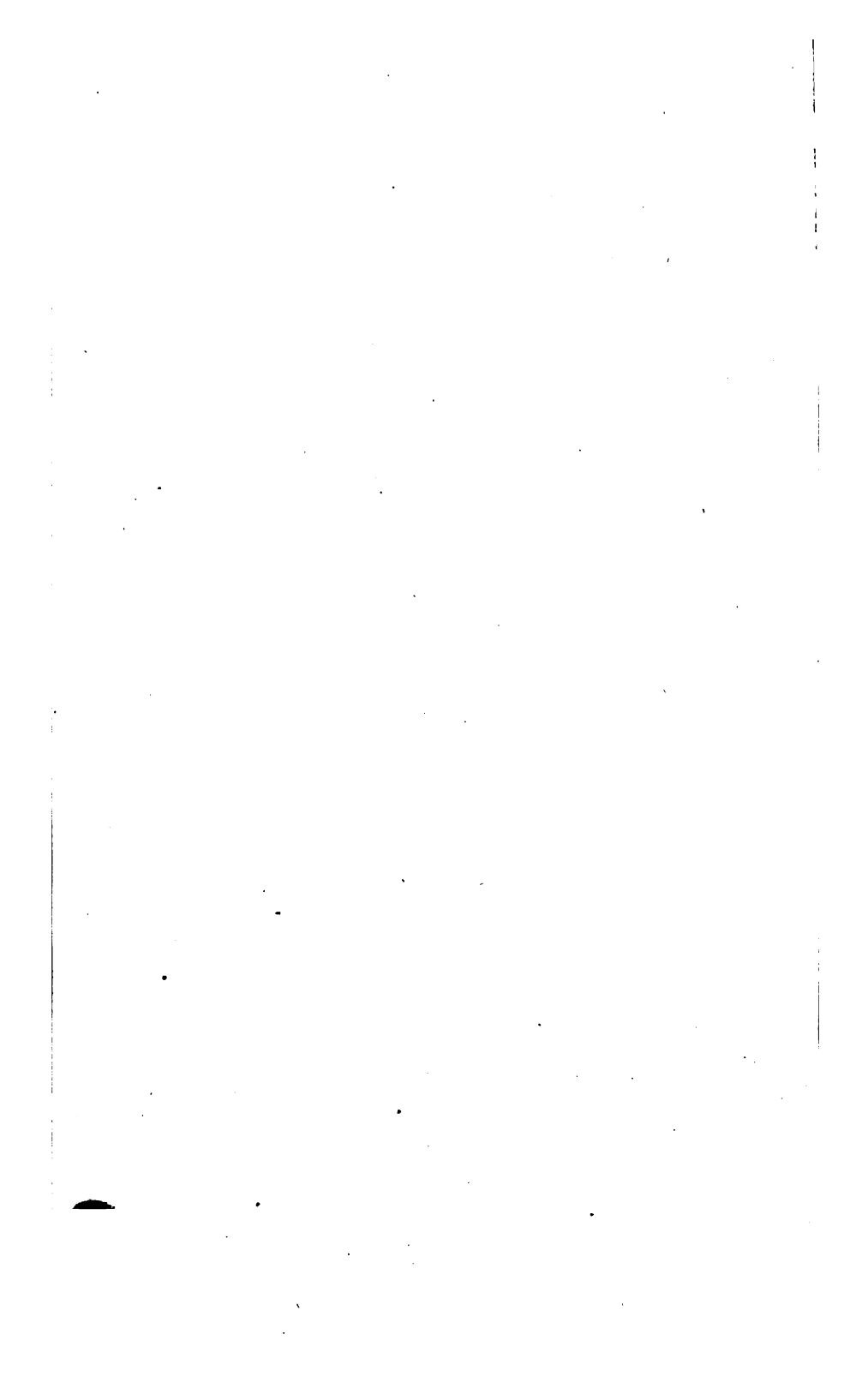
The Gift of *Henry F. Sears, M.D.*

1898









BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

ANATOMIE NORMALE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE — CLINIQUE

XXXI^e ANNÉE — 1856

2^e SÉRIE — TOME I

RÉDIGÉ

PAR LE DOCTEUR U. TRÉLAT, SECRÉTAIRE

PARIS,
LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.
1856.

3.7A.1835.2

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXXI^e ANNÉE. — 1856.

2^e SÉRIE. — TOME I.

Bureau.

Président	MM. CRUVEILHIER.
Vice-Président	AXENFELD.
Secrétaire	U. TRÉLAT.
Vice-Secrétaire	VIDAL.
Trésorier	BLAIN DES CORMIERS.
Archiviste.	POUMET.

Titulaires.

MM. AXENFELD.	MM. BOULLARD.
BARTH.	BROCA.
BAUCHET.	BUCQUOY.
BLAIN DES CORMIERS.	CHARRIER.

MM. CRUVEILHIER.

DÉCÈS.

FOUCHER.

GALLARD.

GOUPIL.

MOREAU (ALEXIS).

MM. PARMENTIER.

POUMET.

ROMBEAU.

TRÉLAT.

VERNEUIL.

VIDAL.

Adjoints.**MM. AUBRÉE.**

BAILLY.

BARBRAU.

BASTIEN.

BECQUEREL.

BERTHOLLE.

BESNIER.

BIDARD.

BINET.

BONFILS.

BOURREAU.

CADET DE GASSICOURT.

CAVASSE.

CHARCOT.

CHARNAL.

DELPECH.

DÉSORMEAUX.

DESRUELLES.

DOLBEAU.

DUGHAUSSOY.

DUFOUR.

DUMONT-PALLIER.

FLEUROT.

MM. FOLLIN.

FORGET.

FOVILLE.

FOURNIER.

GENOUVILLE.

GODART.

GUYON.

GUYOT.

ISAMBERT.

JARJAVAY.

LABBÉ.

LANDRY.

LEFORT.

LE GENDRE.

LEROY (D'ÉTIOLLES).

LHONNEUR.

LIÉGEOIS.

LORAIN.

LUYS.

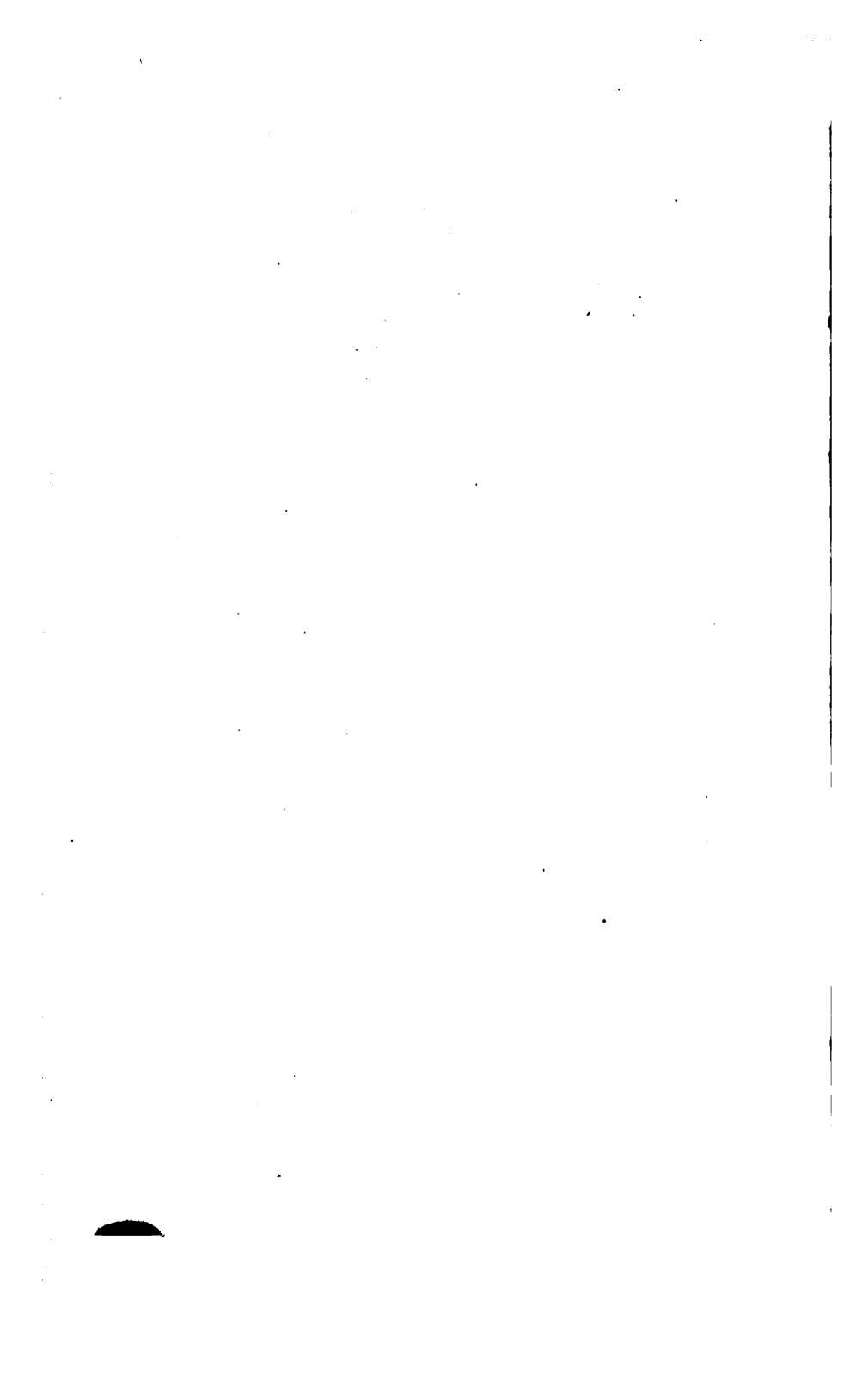
MAINGAULT.

MARCÉ.

MILLARD.

MOLLOY.

MM. MOYNIER.	MM. SCHLOSS.
MOYSANT.	TARNIER.
PIBERET.	TASSEL.
POISSON.	VAUTRIN.
POTAIN.	VOISIN.
RICHARD-MAISONNEUVE.	VULPIAN.
ROUGET.	WIELAND.
SAINET.	ZAMBACCO.
SÉE.	



BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS.

XXXI^e ANNÉE. — JANVIER 1856.

SOMMAIRE. — 1. Hernie congénitale du diaphragme, du côté gauche. — 2. Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille. — 3. Rate d'un individu leucocythémique. — 4. Anomalie de disposition des colonnes charnues du cœur. — 5. Hydrocèle vaginale, kyste du cordon, sac herniaire d'un même côté des bourses. — 6. Petit anévrysme de l'hypogastrique. — 7. Luxations et fractures de métacarpiens, suite de l'éclat d'un fusil. — 8. Kystes de l'ovaire. — 9. Rétrécissement de l'œsophage — 10. Calculs biliaires. — 11. Régénération osseuse. — 12. Ancienne coxalgie. 13. Tumeurs gommeuses du cordon et de l'oreillette droite.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Millard fait voir à la Société un bel exemple de *hernie congénitale du diaphragme du côté gauche*, recueilli dans le service de M. Legroux, sur un enfant mort le quatrième jour après la naissance.

Pendant ces quatre jours, voici les symptômes observés :

Cyanose plus prononcée à la face, qui augmente le lendemain de la naissance. Battements tumultueux du cœur. Dyspnée considérable. On crut à la communication des deux cavités du cœur.

À l'autopsie, l'estomac, le foie, la rate et la première portion du duodénum étaient en place.

La deuxième portion du duodénum passe dans l'ouverture anormale avec l'intestin grêle, une portion de ce dernier redescend dans le ventre ; le côlon ascendant rentre dans le thorax par l'ouverture, se loge dans la plèvre gauche, puis fait une anse et rentre dans l'abdomen. L'ouverture du diaphragme admet deux doigts. Sur aucun point il n'y avait de compression capable de mettre obstacle au cours des matières. L'enfant avait rendu du méconium.

M. *Cruveilhier* fait remarquer que l'estomac est resté en place. Il rapporte avoir trouvé à la Salpêtrière, chez une femme âgée de soixante-dix ans, une hernie diaphragmatique, probablement congénitale, et dont l'étranglement causa la mort.

M. *Verneuil* : J'ai déposé au musée Dupuytren une pièce analogue dont la relation se trouve dans l'*Union médicale* de 1853. La hernie diaphragmatique avait également eu lieu à gauche ; c'est du reste le cas le plus fréquent (1).

M. *Tarnier* : Le bord de l'ouverture est mousse, sans traces de déchirure ; on doit plutôt croire à un vice de conformation qu'à une rupture.

M. *Verneuil* rappelle à la Société une tumeur fibreuse du lobule de l'oreille présentée par M. Broca, et enlevée chez une malade appartenant à une famille dont plusieurs membres avaient présenté des cas analogues.

Il montre un nouvel exemple du même genre : ce sont deux tumeurs ayant débuté dès l'âge de quatre ans sous l'influence des boucles d'oreilles, et enlevées à l'âge de quinze ans chez une jeune

(1) Dans un relevé récemment fait en Amérique, sur 88 cas, on trouve la division suivante :

Côté gauche	41 cas.
Côté droit	18
Deux côtés à la fois	3
Côté non indiqué	21
Absence complète du diaphragme	3
Diaphragme refoulé d'un seul côté vers la cavité thoracique	2

(Note du Secrétaire.)

filles ; elles s'étaient développées au lobule de chaque oreille. Ces tumeurs étaient insérées à la peau et au lobule. De nature fibreuse, elles présentaient à la coupe un tissu blanc homogène avec fibres consistantes disposées en éventail.

Structure. — La peau est saine, mais on ne peut l'isoler, le derme se continuant avec le tissu fibreux. Des faisceaux très serrés et volumineux de tissu fibreux forment un tissu très dense.

On ne retrouve pas les glandes de la peau, pas de graisse ; en quelques points, on retrouve quelques petits vaisseaux capillaires et quelques filets nerveux.

Cet exemple est un type assez rare de tumeur formée par un seul élément anatomique ; on n'y trouve même pas le tissu élastique du derme. Cette tumeur est entièrement fibreuse, d'une homogénéité parfaite.

M. *Duchaussoy*. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, sur une jeune fille, enlever une tumeur du lobule de chaque oreille, produite également sous l'influence des boucles d'oreilles. Ces tumeurs, qui d'aspect ressemblaient parfaitement à celles montrées par M. Verneuil, étaient formées de tissu fibro-plastique.

M. *Vidal* a présenté, au nom de M. Boureau, en 1853, une tumeur de même espèce qui était également formée de tissu fibro-plastique.

M. *Verneuil*. Ces tumeurs sont des kéloïdes cicatricielles soumises à l'évolution des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques. Tous les éléments formés par le tissu cellulaire sont de la même famille, mais présentent des aspects différents, suivant l'époque de leur évolution à laquelle ils sont examinés. Partout où il y a du tissu fibreux on rencontre des fibromes, même dans le tissu osseux, et les fibromes des séreuses sont analogues à ceux du derme.

3. M. *Gallard* montre une rate recueillie sur un malade qu'il croit avoir succombé à une leucocythémie. Ce malade avait eu des fièvres intermittentes ; il eut une ascite qui fut ponctionnée par l'ombilic, des accidents de péritonite se déclarèrent, et le malade succomba.

À l'autopsie, traces de péritonite ; adhérences du foie et de la rate ; ecchymoses de la séreuse intestinale. L'intestin contenait beaucoup de sang noir et fluide ; cependant il n'y avait pas en

d'hémorrhagie pendant la vie. Le foie était ratatiné, mais sans cirrhose. La rate est assez volumineuse; sa coque fibreuse est épaissie. La veine porte est oblitérée dans le sillon du foie; le caillot se prolonge jusque dans la veine splénique.

Le sang a été examiné au microscope par M. Behier, qui a trouvé 7 à 8 globules blancs dans chaque préparation.

M. *Vulpian*. Ce nombre de globules blancs est insuffisant pour caractériser une leucocythémie. Dans cette diathèse, le nombre des globules blancs est considérable, et ils sont plus gros qu'à l'état normal.

M. *Gallard* dit qu'on a examiné le sang sur plusieurs malades, et qu'on a trouvé des globules blancs plus nombreux qu'à l'état normal, entre autres chez un malade atteint de colique de plomb, chez un autre atteint de cancer, et chez des femmes en couches; il demande quelle est la proportion de globules blancs nécessaire pour caractériser la leucocythémie.

M. *Vidal*. J'extrait d'un travail que je prépare en ce moment sur la leucocythémie quelques notes qui peuvent aider à la solution de la question posée par M. *Gallard*.

M. *Virchow* admet certains états intermédiaires entre l'état physiologique et l'état pathologique, dans lesquels le nombre des globules blancs augmente. Ainsi dans le tableau suivant, emprunté à *Moleschott*, on voit que la proportion des globules blancs est normalement beaucoup plus grande chez l'enfant nouveau-né que chez l'adulte, et s'élève temporairement pendant la menstruation.

Rapport des globules blancs aux globules rouges.

Chez l'enfant nouveau-né.....	: 1 : 26
Chez l'homme adulte.....	1 : 346
Chez la femme adulte.....	1 : 389
Pendant les règles.....	1 : 247

Quelques différences dans ces proportions ne constituent pas la leucémie; pour admettre la dyscrasie, M. *Virchow* veut que les globules blancs soient en nombre considérable, c'est-à-dire dans un rapport au moins de 1 : 12. Comme rapport moyen, il donne la proportion de 20 à 30 globules blancs pour 100 globules rouges.

M. *Vernueil*. Il est important de savoir où le sang a été pris; car à l'état normal, dans le sang de la veine linguale on ne trouve pas de globules blancs, dans celui des veines du bras on en trouve quelques-uns, dans le sang de la veine porte on en trouve un grand nombre.

4. M. *Duriau* présente une pièce et remet une observation relative à une *anomalie de disposition des colonnes charnues du cœur*, ayant donné lieu pendant la vie aux signes du rétrécissement auriculo-ventriculaire.

Obs. — Une femme de cinquante-huit ans, malade depuis six semaines, entra à l'hôpital dans l'état suivant : Infiltration des extrémités inférieures, bouffissure de la face, cyanose et dyspnée, pouls intermittent, battements du cœur irréguliers et tumultueux, bruit de souffle au second temps avec dédoublement de ce temps. Un jour se passe dans la même situation, et la malade meurt subitement pendant la nuit suivante. L'autopsie montra une apoplexie assez étendue du poumon gauche. L'état du cœur attira plus spécialement l'attention. Les orifices n'étaient ni rétrécis ni altérés; légère injection des valvules auriculo-ventriculaires droites; mais dans l'intérieur du ventricule de ce côté existait une disposition anormale remarquable. Sur la paroi antérieure, un faisceau de colonnes charnues au nombre de deux ou trois, adhérent dans toute sa hauteur, s'avance dans la cavité du ventricule, et la divise en deux chambres incomplètement séparées. M. *Duriau*, s'appuyant sur l'opinion de M. *Bouillaud*, explique par cette disposition l'existence d'un bruit de souffle dédoublé au second temps. La cloison musculaire constituait, dit-il, une sorte de rétrécissement dans l'intérieur même du ventricule.

M. *Blain* fait remarquer que la production d'un bruit de souffle avec dédoublement au second temps permettait, dans le cas actuel, de diagnostiquer une affection du cœur droit, fait contraire à l'opinion de M. *Hérard*, qui pense que ce diagnostic est impossible.

M. *Duchaussoy*. Si ce diaphragme charnu est la cause des symptômes qui se sont produits pendant la vie, on aurait dû les observer depuis la naissance.

M. *Blain*. Cette conclusion n'est pas rigoureuse, car on peut admettre une hypertrophie locale développée avec lenteur, et

n'ayant donné lieu qu'à des troubles tardifs. Ce diaphragme agissait, du reste, comme un corps étranger à l'intérieur du ventricule.

5. M. Foucher présente plusieurs pièces : A. Une *hydrocèle de la tunique vaginale* du volume du poing, remplie d'un liquide citrin. Au-dessus de cette poche, et sur le trajet du cordon existe un *petit kyste* du volume d'une noisette, contenant aussi du liquide. Enfin, au-dessus du kyste se trouvait un *sac herniaire*. Ce sac était, du reste, bien nettement séparé du kyste, de telle sorte qu'on ne pouvait songer à une hernie congénitale dont le sac se serait cloisonné et incomplètement oblitéré. M. Foucher fait remarquer que l'existence simultanée de ces trois tumeurs aurait pu rendre le diagnostic très embarrassant.

6. B. L'*artère hypogastrique* d'un vieillard de cinquante-cinq à soixante ans. La face interne de celle-ci et de l'iliaque primitive est parsemée de concrétions calcaires ; en quelques points, la tunique interne est éraillée. Sur la paroi antérieure de l'hypogastrique, on observe, entre les tuniques externe et moyenne, un petit caillot sanguin, dur, élastique, d'une couleur rouge foncé et du volume d'un gros pois : on dirait, au premier abord, que la tunique interne de l'artère passe par-dessus et le sépare de l'intérieur du vaisseau ; mais, en examinant avec plus de soin, on voit que cette tunique est détruite, et qu'une couche fibreuse, grisâtre, adhérente au pourtour de l'orifice de communication, simule l'aspect de la membrane interne. — Ces deux pièces sont prises sur des sujets consacrés aux dissections.

7. C. Une *luxation du premier et du deuxième métacarpien en arrière, avec une fracture du troisième*, suite de l'éclat d'un fusil, et communique les détails suivants :

La main gauche d'un individu de cinquante ans environ, mort dans le service de M. Bouillaud, présente des déformations considérables. Les quatre derniers doigts sont légèrement fléchis, quoique ayant conservé toute leur mobilité. Le pouce est fléchi à angle droit dans son articulation métacarpo-phalangienne, et immobile dans cette position.

Le métacarpe présente une voussure à convexité postérieure beaucoup plus marquée que dans l'état normal, et, à sa partie moyenne, une saillie anguleuse, immobile, recouverte d'une cicatrice, et paraissant formée aux dépens du troisième métacarpien. En dehors, et en arrière de cette saillie, s'en trouve une autre plus considérable (15 à 18 millimètres), plus arrondie, se continuant avec le deuxième métacarpien, affectant la forme de l'extrémité supérieure de cet os et recevant le tendon soulevé du premier radial externe. C'est donc la tête du deuxième métacarpien, déplacée en arrière et en haut, que l'on sent sous la peau. Le pouce est soudé à angle droit dans son articulation trapèzo-métacarpienne; il est saillant vers la face palmaire; une dépression correspondante existe sur la face dorsale. La paume de la main offre une cicatrice qui va du pouce au troisième métacarpien.

La dissection a montré les particularités suivantes : les muscles de la face palmaire et les interosseux sont parfaitement sains, excepté ceux de l'éminence thénar, qui sont rétractés, confondus, et en grande partie fibreux.

Pas d'altération des tendons extenseurs et fléchisseurs; ces derniers sont plus distants que de coutume des métacarpiens. Les nerfs sont normaux, l'arcade palmaire superficielle est volumineuse et présente des flexuosités. Le tendon extenseur de l'index est dévié en dedans; il contourne la saillie de la tête du deuxième métacarpien, et contient dans sa gaine un assez grand nombre de concrétions fines, blanchâtres, que nous retrouvons dans quelques articulations. Le quatrième et le cinquième métacarpien n'ont pas subi d'altération; peut-être les ligaments qui les maintiennent sont-ils un peu plus lâches? Le troisième métacarpien offre, vers sa partie moyenne, une fracture oblique en bas et en dehors, dont les fragments sont soudés par leurs parties latérales; le fragment inférieur remonte vers les os du carpe et présente une petite pseudarthrose avec l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien, laquelle offre une saillie osseuse due à la soudure d'une esquille avec elle. L'extrémité inférieure du fragment supérieur reporté en dehors est libre, séparée de la peau par une petite bourse séreuse, et forme la saillie déjà notée.

L'extrémité supérieure du deuxième métacarpien apparaît tout entière sur la face dorsale du carpe, sans déformation, et recou-

verte de son cartilage. Cette extrémité a donc éprouvé un déplacement en arrière et en haut, d'une hauteur de près de 2 centimètres; elle est maintenue dans sa position nouvelle par deux bandes fibreuses considérables, dont l'une s'étale sur la face dorsale des os du carpe, et l'autre s'étend à l'extrémité du troisième métacarpien. Le premier radial externe a suivi le deuxième métacarpien dans son déplacement.

Le premier métacarpien repose, par son extrémité supérieure, sur la face dorsale du trapèze et est soudé dans sa nouvelle position, de telle sorte que les légers mouvements qu'exécute le pouce ont lieu dans l'articulation trapézo-trapézoïdienne. Il y a donc luxation en arrière et un peu en dedans du premier métacarpien. La première phalange du pouce, luxée incomplètement en avant, a subi une légère rotation en dehors, et se trouve maintenue dans la flexion à angle droit par la rétraction des muscles thénar. Lorsque ces muscles sont coupés, on peut ramener la phalange à une demi-flexion, le ligament latéral interne empêchant l'extension complète.

Tous ces désordres sont le résultat de l'éclat d'un fusil, accident arrivé il y a vingt ans environ.

9. M. Garreau, candidat au titre de membre adjoint, présente, comme titre antérieur, un volumineux kyste de l'ovaire traité depuis six semaines par les injections iodées dans le service de M. Briquet. Au moment de la première ponction, on évacua huit litres d'une sérosité claire et limpide; depuis cette époque, on fit chaque jour deux injections, d'abord avec un mélange par parties égales d'eau et de teinture d'iode, puis plus tard avec la teinture seule. Sous l'influence du traitement, la tumeur a sensiblement diminué. La malade a succombé à une diarrhée opiniâtre avec ulcérations intestinales. Toute la face interne du kyste est tapissée par une fausse membrane, épaisse, d'un gris jaunâtre exhalant une forte odeur d'iode. Un lambeau membraneux de même nature flottait librement dans l'intérieur du kyste et le partageait incomplètement en deux parties. L'ovaire du côté gauche renfermait un très petit kyste.

9. M. *Luton* montre le pharynx et l'œsophage d'une femme morte dans le service de M. Gubler. Cette malade avala par mégarde, il y a sept mois, de l'acide sulfurique. Au bout de peu de temps, elle ne pouvait plus prendre ni aliments ni boissons; elle dépérit graduellement, la maigreur ne fit que s'accroître, portant principalement sur le système musculaire. En même temps, la percussion dénotait l'existence d'une vaste caverne pulmonaire. A l'autopsie, on trouva une excavation gangréneuse du poumon et deux rétrécissements de l'œsophage; l'un, siégeant à la partie supérieure de ce conduit, a trois centimètres de hauteur; il admet à peine le passage d'une sonde de moyen calibre; l'autre, moins considérable, est situé tout près du cardia. Il n'existait pas d'autres lésions.

M. *Æxenfeld* rapproche ce fait d'un autre analogue recueilli par M. Peter dans le service de M. Giraldès; mais, dans ce cas, le rétrécissement était moins serré; il existait des brides cicatricielles, et, chose assez remarquable, une hypertrophie considérable des glandules.

M. *Tarnier*. Ces rétrécissements amènent très vite l'impossibilité absolue de toute déglutition, même celle des liquides. Un jeune homme se présenta à l'hôpital Beaujon ayant avalé depuis quelques jours un verre d'eau seconde; on le traita et il sortit guéri. Mais au bout de deux mois il ne pouvait plus avaler ni aliments, ni boissons, et revint en conséquence à l'hôpital. Le rétrécissement fut graduellement dilaté, et de nouveau la déglutition s'opéra régulièrement.

10. M. *Marcé* montre des calculs biliaires qui lui ont été adressés par M. le docteur Leclercq, de Senlis. Une dame de soixante-douze ans éprouvait depuis longtemps des douleurs assez vives dans l'hypochondre droit. Bientôt on remarqua une tumeur qui, après mur examen, fut ouverte par la polasse caustique; il ne s'écoula que de la sérosité. On fut obligé de renouveler trois fois les applications de caustique, et enfin, après quinze jours, pendant lesquels la plaie n'avait donné issue qu'à du pus, on vit sortir d'abord de tout petits calculs, puis d'autres de plus en plus volumineux; les plus gros sont comme une noisette. Aujourd'hui cette malade n'a plus qu'une toute petite fistule en voie de cicatrisation; elle a repris de l'embonpoint et n'éprouve plus aucune douleur,

21. M. Liégeois présente une pièce de *régénération osseuse* envoyée par M. Lépine (de Dijon) et donne à ce sujet les détails suivants : Un robuste portefaix de vingt-trois ans se brisa, dans une chute, les deux os de l'avant-bras ; c'était en juin 1853. Cet homme garda volontairement, pendant trois jours, un appareil trop serré. Il en résulta d'abord une gangrène superficielle bientôt suivie d'un phlegmon profond. Le 40 octobre, le malade entre à l'hôpital de Dijon. L'avant-bras est couvert de cicatrices, la peau est violacée, trois fistules versent un pus noirâtre et fétide ; deux d'entre elles, situées en avant et en bas, font voir les fragments inférieurs du radius et du cubitus frappés de mort, mais encore adhérents. Trois autres fistules siègent à la main, au niveau du pisiforme et des têtes du second et du troisième métacarpien. Ces os sont atteints de carie. Les doigts sont déformés, vicieusement fléchis. Plus aucun mouvement du poignet. Le malade refuse de se soumettre à une amputation. Quelques jours plus tard extraction facile des séquestres du radius et du cubitus par les fistules. Les plaies se détergent et prennent un meilleur aspect ; on immobilise l'avant-bras privé de ses deux os. Au bout de trois mois, le malade pouvait soulever son avant-bras et sa main ; un os nouveau s'était formé. En avril 1855, cet homme venait lui-même réclamer l'amputation ; les fistules de la main s'étaient élargies, elles fournissaient une suppuration abondante, le poignet n'exécutait plus aucun mouvement. L'amputation est pratiquée au niveau du tiers supérieur du membre. Il n'existe qu'un seul os, dur, compacte ; on sent au fond de la plaie la partie supérieure et saine du cubitus. Le malade guérit. L'examen du membre montra que le squelette de l'avant-bras n'était plus constitué que par un seul os médian, tordu à sa partie inférieure, revêtu d'une enveloppe fibreuse vasculaire. Cet os représente le radius. Son épiphyse inférieure est constituée par deux portions distinctes : l'une, postérieure et externe, plus rougeâtre, est la portion non nécrosée du radius ; l'autre, antérieure et interne, appartient au nouvel os. La suture de ces deux parties est intime. L'articulation du poignet ne pouvait effectuer aucun mouvement. Les métacarpiens étaient tous atteints de carie à divers degrés. Les trois derniers étaient soudés entre eux à leur partie inférieure.

M. Liégeois, reproduisant l'argumentation développée par

M. Lépine dans sa thèse inaugurale, insiste sur le rôle capital qu'a dû jouer le périoste dans la régénération de cet os. En effet, dit-il, quand des ossifications se produisent sans le concours du périoste, elles n'ont jamais une forme régulière, elles n'ont jamais aucune analogie avec les os normaux du squelette; tandis que si le périoste est conservé, le nouvel os est pour ainsi dire moulé sur l'ancien.

M. Broca : Le fait dont vient de nous entretenir M. Liégeols est rare et curieux. Je partage son avis sur le rôle du périoste dans cette régénération osseuse, mais je voudrais restreindre une assertion trop générale de sa part. Le périoste n'est pas, quoi qu'en ait dit M. Flourens, indispensable à la reproduction des os et même dans leurs formes régulières. J'en citerai pour preuve l'expérience de M. Médici, qui, ayant enlevé sur une brebis un fragment de côte avec son périoste, le tissu cellulaire et les muscles ambiants, vit celui-ci se reproduire à la place de la portion réséquée. Le nouvel os était seulement un peu plus large que l'ancien. Chaque fois qu'un liquide plastique s'épanche au voisinage d'un os, et quelle que soit sa provenance, il s'organise en tissu osseux. C'est là ce qu'on a nommé loi d'analogie de formation.

M. Tarnier pensa que le périoste facilite à un haut degré la régénération osseuse. Il s'appuie sur un fait observé l'année dernière dans le service de M. Michon. Ce chirurgien enleva à un malade le quatrième métatarsien et la partie postérieure du cinquième. La guérison était presque achevée quand le blessé fut emporté par le choléra. Un tissu rougeâtre très résistant siégeait au niveau de la partie réséquée du cinquième métatarsien; le périoste du quatrième, épaissi, cartilagineux et présentant des points ossifiés dans une grande étendue, comble tout l'espace compris entre le troisième et le cinquième métatarsien.

12. M. Tassel présente une très ancienne coxalgie prise sur une scrofuleuse de dix-sept ans. L'articulation de la hanche est complètement ankylosée. Le fond de la cavité cotyloïde est rempli de pus, et communique par un orifice situé à sa partie la plus élevée avec un clapier de la fosse iliaque; celui-ci s'ouvre supérieurement dans l'S iliaque par une fistule à plis radiés, et communique en avant avec l'extérieur par trois fistules dont deux s'ouvrent dans le pli de

l'aîne, et l'autre en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux. La tête fémorale est atrophiée et irrégulière. La moelle du fémur était ramollie et d'un rouge assez vif. Tout le sujet présentait un état d'atrophie très prononcé ; l'utérus n'avait que 2 centimètres de haut sur 5 millimètres d'épaisseur.

13. M. L'honneur montre deux tumeurs gommeuses, l'une du cordon et l'autre du cœur droit, et communique l'observation suivante :

Carpentier (Joseph), soixante ans, cocher, entré le 16 octobre 1855 ; mort le 9 janvier 1856.

D'une constitution robuste, d'un tempérament fortement sanguin, cet homme était entré à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Vierge, 8), pour une tumeur des bourses dont le développement remontait à deux mois. Cette tumeur, qui paraît avoir eu alors le volume de deux poings, était dure, lardacée ; elle occupait le scrotum du côté droit, remontait sur le trajet du cordon jusque dans la fosse iliaque. Elle paraissait occuper le cordon et le testicule. Elle était le siège de douleurs sourdes, exacerbantes.

Cet homme n'ait tout antécédent syphilitique. La nature de la tumeur parut douteuse ; on porta le diagnostic : cancer probable. Deux vésicatoires furent appliqués sur cette tumeur, et le malade fut mis à l'usage de pilules contenant la poudre de semence de ciguë (0,05 par pilule). Il prit jusqu'à 5 pilules ; soit sous l'influence de ce traitement, soit coïncidence, la tumeur diminua considérablement de volume, les douleurs disparurent.

Quand je vis le malade, 2 janvier 1856, le scrotum était occupé par une masse fusiforme du volume d'un petit œuf, mais plus longue. Sa consistance était mollassse, avec quelques noyaux durs. Elle n'était le siège d'aucune douleur ; elle occupait le cordon et remontait avec lui dans le canal inguinal. A son extrémité inférieure on pouvait isoler le testicule.

Ce jour-là (2 janvier) on suspendit la médication : il se plaignait de malaise, d'étouffement. J'ai su depuis que déjà il avait eu deux attaques d'apoplexie, la première il y a quinze ans, la deuxième il y a huit ans, et que depuis cette époque il était sujet à des congestions qui le forçaient à se faire saigner fréquemment. Il réclamait alors une saignée ; comme il était constipé depuis plusieurs jours, on lui donna un purgatif.

Le lendemain à la visite (3 janvier), on le trouva paralysé de tout le côté droit. Il avait voulu se lever le matin, il était tombé en se plaignant de mal de la tête ; on l'avait reporté dans son lit hémiplégique.

Quand je le vis, il y avait résolution complète du côté droit, paralysie de la face du même côté ; la sensibilité était conservée, mais très obtuse ; elle disparut dans la journée. L'intelligence était nette, mais le malade avait perdu l'usage de la parole.

Le pouls était lent, mais développé et régulier. Les bruits du cœur un peu sourds, mais normaux.

Les jours suivants n'amènèrent pas d'amélioration : la paralysie s'étendit des deux côtés ; le malade succomba le 9 janvier dans la journée.

Autopsie. — Cerveau : les artères de la base étaient ossifiées.

Congestion légère des méninges et de la substance cérébrale, mais il n'y avait point trace d'hémorrhagie, ni de ramollissement, ni d'atrophie.

Thorax : Poumons congestionnés sans autre lésion.

Le péricarde contenait environ 200 grammes de sérosité.

Le cœur, volumineux, était développé en largeur et ressemblait à une besace.

Le développement portait sur le ventricule gauche et sur l'oreillette droite. Le ventricule gauche était purement hypertrophié, mais le développement de l'oreillette tenait à la présence d'une tumeur volumineuse (grosse comme un œuf) occupant ses parois antérieures.

Les orifices du cœur étaient sains, les valvules intactes. Seulement les valvules aortiques, parfaitement saines du reste et suffisantes, reposaient sur un cercle dur en partie ossifié.

L'aorte, largement dilatée, était tapissée par une lamelle crétacée à peu près continue dans toute son étendue. Ces altérations paraissent occuper tout le système artériel.

Les artères coronaires, dont l'une traversait la tumeur de l'oreillette, ressemblaient à deux tuyaux inflexibles.

Scrotum : le testicule droit était sain ; le cordon semblait infiltré par une masse grasseuse.

M. Verneuil a examiné avec soin les pièces présentées par M. Lhonneur. L'autopsie avait révélé la présence, dans la paroi

antérieure de l'oreillette droite, d'une tumeur du volume d'un œuf. D'autre part, au niveau de l'ancienne tumeur des bourses, on trouvait les veines du cordon oblitérées, de la graisse et des amas fibreux. Or tout cela pouvait parfaitement être pris pour du cancer ; l'aspect, la couleur, la présence d'un suc facile à exprimer, semblaient indiquer ce diagnostic. Mais l'examen microscopique a démontré qu'il n'en était rien et que nous avions affaire à une tumeur gommeuse syphilitique. Cela soulève une question de doctrine fort importante. En effet, on a parlé de rétrocession de cellules, de guérison de tumeurs cancéreuses. En se bornant, dans le cas actuel, à l'examen à l'œil nu, on n'eût pas manqué de dire : voici une tumeur, un cancer des bourses en voie de guérison. Vous venez de voir comment il faut interpréter cette guérison de cancer. N'est-il pas permis de supposer que l'erreur ait pu être commise en d'autres circonstances, qu'on ait déclaré cancers des tumeurs gommeuses et qu'on ait tiré de cette prémisse fausse des conclusions également fausses. C'est là une hypothèse qui doit nous mettre sur nos gardes dans les cas analogues.

M. Broca : M. Verneuil vient de faire allusion au travail de M. Bogdaleck (de Prague), qui affirme avoir vu et observé tous les degrés de guérison du cancer, depuis le développement le plus parfait de la cellule jusqu'à une complète cicatrisation. Mais M. Dietrich a repris ce travail et les mêmes observations ; il a clairement prouvé qu'il n'était question que de tumeurs syphilitiques.

XXXI. ANNÉE. — FÉVRIER 1856.

SOMMAIRE. — 1. Luxation ancienne des quatre derniers métacarpiens. — 2. Corps étranger articulaire — 3. Anomalies du crâne chez un fœtus à terme. — 4. Concrétions verruqueuses des valvules aortiques. — 5. Petite tumeur sous-cutanée. — 6. Fracture de la colonne vertébrale. — 7. Fractures du calcanéum et du fémur. — 8. Kyste supra-testiculaire. — 9. Tumeur de la fosse iliaque. — 10. Fracture du col de l'humérus. — 11. Tumeur du testicule. — 12. Fracture verticale de la cinquième vertèbre dorsale. — 13. Étranglement interne. — 14. Fracture du sternum. — 15. Absès par congestion. — 16. Rupture du foie. — 17. Anomalie d'origine des gros vaisseaux de la crosse aortique. — 18. Rhumatisme chronique. — 19. Fractures du col du fémur et du radius gauche. — 20. Cancer nucléaire chez un chien. — 21. Nouveau mode d'anesthésie. — 22. Lambeau glandulaire extrait d'une parotide suppurée. — 23. Division congénitale du voile du palais. — 24. Arthrite sèche. — 25. Hydropisie de la vésicule biliaire.

OBSERVATIONS. — Emphysème sous-cutané général par suite de rupture d'une caverne pulmonaire et de perforation du thorax, par M. le professeur Cruveilhier. — Anévrysme poplité double traité sans succès par la compression et par l'amputation, par M. Eugène Nélaton, interne à l'hôpital des Cliniques. — Note sur un cas de vice de conformation des organes génitaux externes chez la femme, par M. A. Foville, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Vigouroux montre une luxation ancienne des quatre derniers métacarpiens de la main gauche, produite par l'explosion d'une arme à feu. — Le nommé Laussert, âgé de soixante-deux ans, est mort, vers la fin de janvier, à l'hôpital Cochin, d'une affection des voies urinaires. On avait remarqué, de son vivant, une déformation considérable de la région métacarpienne gauche, et en outre l'ab-

sence de l'index de cette main. Le diagnostic avait été : luxation des quatre derniers métacarpiens. L'origine de cette déformation avait été, d'après les renseignements donnés par le malade, l'explosion d'un pistolet dans cette main, à l'âge de dix-huit ans.

A l'autopsie, voici ce que l'on trouva :

1° Une luxation complète en arrière des quatre derniers métacarpiens.

2° En même temps que l'extrémité supérieure des métacarpiens était portée en arrière, leur extrémité inférieure était portée en avant ; il résultait du mouvement de bascule une luxation incomplète en arrière des premières phalanges des trois derniers doigts (l'index manquant).

3° Une soudure du deuxième métacarpien, privé de son tiers inférieur, avec le troisième.

Les articulations radio-carpienne, médio-carpienne et trapézo-métacarpienne sont parfaitement normales et jouissent de tous leurs mouvements.

Les premières phalanges des trois derniers doigts sont dans l'extension ; la flexion est impossible, à cause de la saillie des têtes des métacarpiens. Les parties molles ne présentaient rien de remarquable ; je noterai seulement, comme détails secondaires, que la peau adhérait par un tissu cicatriciel solide à la portion restante du deuxième métacarpien, et qu'il restait dans le tissu cellulaire de la paume de la main des grains de poudre, simulant, au premier aspect, de la mélanose.

Je ne connais pas d'autre exemple de luxation simultanée des quatre métacarpiens (4).

2. M. Nadaud montre un *corps étranger* extrait par M. Laugier de l'articulation du genou gauche. Un homme, entré dans le service de ce chirurgien, avait fait, il y a six semaines, un faux pas, à la suite duquel il ressentit une vive douleur. La marche devint très pénible. A l'arrivée du malade, M. Laugier constata l'existence d'un corps étranger situé en haut et en dehors de l'articulation.

(4) On rapprochera avec intérêt cette observation de celle de la même nature qui a été communiquée par M. Foucher pendant le mois de janvier de cette année.

Ce corps mobile fut d'abord fixé à l'aide du trident, puis extrait consécutivement, par une simple incision. M. Nadaud pense que le développement du corps étranger ne remonte pas plus haut que l'époque où le malade éprouva de la douleur après avoir fait un faux pas.— Quoi qu'il en soit, ce corps est d'un blanc bleuâtre, flexible, d'une forme ovale, ayant une extrémité effilée en pointe, rappelant assez bien, pour le volume, une amande de grosseur moyenne. Une de ses faces est lisse et unie, tandis que l'autre est légèrement rugueuse. Peut-être quelques-unes de ces rugosités doivent-elles être attribuées à l'action du trident.

M. Broca pense que ce corps est constitué par du tissu fibreux, ce qui, du reste, s'accorde parfaitement avec l'évolution rapide des accidents. Il paraît cependant fort douteux que le corps étranger se soit développé en six semaines; il est probable, au contraire, qu'il existait depuis un certain temps, lorsque le malade a, sous une influence extérieure, ressenti de la douleur.

M. Giraudeau croit trouver au centre du corps étranger, une portion plus dure et plus résistante: c'est peut-être un commencement d'ossification au centre de la masse fibreuse.

M. Verneuil a étudié au microscope le corps étranger articulaire présenté par M. Nadaud. Il l'a trouvé constitué par du cartilage très caractérisé. En se bornant à ce résultat de l'examen, on pourrait croire qu'il s'agit ici d'une portion de cartilage diarthrodial arraché par une violence. Cette cause d'origine des corps étrangers est bien rare; mais enfin elle existe quelquefois. Si cependant on considère que le corps étranger de M. Nadaud offre une épaisseur deux ou trois fois plus considérable que le cartilage de revêtement du fémur; que, d'autre part, les cellules cartilagineuses qu'il contient sont plus petites, moins complètement développées qu'à l'état normal, on sera conduit à admettre que c'est là un corps étranger de nouvelle formation.

3. M. Charrier montre le crâne d'un enfant à terme qui présente des anomalies curieuses. Il existe une fontanelle supplémentaire, losangique, située vers le tiers postérieur de la suture bipariétale, à 4 centimètre de la fontanelle postérieure. La fontanelle supplémentaire a quatre bords et quatre angles, et pouvait être confondue

avec l'antérieure. La fontanelle postérieure a aussi quatre angles et quatre bords, mais elle est très petite. L'occipital est séparé à sa partie médiane ; au niveau de la bosse occipitale on sentait une petite saillie mousse et arrondie. Toutes ces dispositions pouvaient induire en erreur sur la position du fœtus. C'est donc avec raison qu'on a conseillé, dans les présentations du sommet, de ne jamais s'en tenir à la reconnaissance des fontanelles, mais d'avoir recours à l'auscultation.

M. Depaul. Ces anomalies, sans être communes, ne sont pas extrêmement rares ; j'en ai moi-même présenté un cas à la Société anatomique ; M. Blot en a dernièrement montré un autre à la Société de biologie.

M. Charrier a fait à la Maternité plus de cinq cents autopsies de fœtus à terme, et sur ce nombre considérable il n'a trouvé que ce seul exemple d'une pareille anomalie.

4. M. Foville présente des *concrétions verruqueuses des valvules sigmoïdes de l'aorte*. — Une femme âgée de vingt-six ans éprouvait depuis deux années des douleurs vagues et de la suffocation. Prise tout à coup d'une dyspnée extrême, elle entre dans le service de M. Guéneau de Mussy. L'auscultation révèle un souffle très rude au premier bruit du cœur, un souffle moins caractérisé au second. Ce souffle prédomine à la base, mais il s'entend derrière tout le sternum et le long des gros vaisseaux. Les accidents s'aggravent rapidement : la malade succombe au bout de deux jours. A l'autopsie, on trouva les valvules sigmoïdes de l'aorte épaissies, présentant quelques noyaux cartilagineux : l'une d'elles porte deux petites productions polypiformes, l'une du volume d'un gros grain de chènevis, l'autre moitié moindre. Le tronc de l'aorte ne présente aucune lésion. Le ventricule gauche est très hypertrophié ; le cœur droit est parfaitement sain. Engouement pulmonaire, surtout marqué en avant et à gauche.

5. M. Verneuil présente une *petite tumeur*, extraite par M. Guersant de la partie antérieure de l'aisselle d'un malade. Le chirurgien pratiqua une ponction, qui donna issue d'abord à du liquide clair ; puis, en pressant le pourtour de la petite plaie, à une masse grosse

comme une petite noisette, d'une consistance caséuse, fragile, se laissant dissocier avec facilité, et d'une couleur blanc-jaunâtre. M. Vernéuil a étudié avec soin cette substance, et ne sait comment la classer. Elle est grumeleuse, sans structure, opaque : c'est avec la matière sébacée qu'elle offre le plus d'analogie, sans qu'on puisse dire cependant qu'elle est constituée par cette matière.

6. M. Moysan montre une fracture de la colonne vertébrale. — Un homme robuste, de quarante-neuf ans, fut écrasé, en novembre dernier, sous l'éboulement d'un pont. Les membres inférieurs étaient privés du sentiment et du mouvement, la vessie et le rectum paralysés. Les urines étaient troubles, fétides, la constipation opiniâtre. Ce malheureux succomba d'épuisement le 28 janvier. A l'autopsie, on trouva un écrasement du corps de la deuxième vertèbre lombaire; les disques intervertébraux qui la séparent de la première et de la troisième avaient disparu; les portions attenantes de ces deux vertèbres étaient elles-mêmes écrasées et détruites. Au niveau de la fracture, la moelle est broyée; au-dessous de ce point, elle est diffuse et ramollie.

7. M. Foucher présente deux pièces :

A. — A une fracture du calcaneum et une fracture du fémur venant d'un malade qui a succombé dans le service de M. Maligne. Cet individu avait fait une chute sur les pieds, d'un lieu élevé. A l'autopsie, on constata un écrasement de la partie antérieure du calcaneum, et une fracture sous-trochantérienne du fémur, qui, pendant la vie, avait été prise pour une fracture du col. Cette fracture, qui commence en avant, à la hauteur du grand trochanter, se dirige, suivant une ligne spirale, en bas et en arrière, où elle se termine par un V très aigu; elle remonté le long du bord interne, pour gagner son point de départ, mais en détachant, dans cette seconde partie de son trajet, une volumineuse esquille de 12 centimètres de longueur, de 8 centimètres de largeur au milieu, et terminée en pointe inférieurement.

8. B. — Sur un cadavre consacré aux dissections, M. Foucher a

trouvé un *kyste* qui surmonte le testicule ; son volume est égal à celui de la glande. Il est difficile de distinguer l'épididyme ; les enveloppes sont épaissies, confondues et d'une dissection fort difficile. M. Foucher pense que c'est un kyste de l'épididyme, sans toutefois l'affirmer, la poche n'ayant pas été ouverte.

M. Dolbeau, se fondant sur la situation de la tumeur, qui est au-dessus de l'épididyme, et non en arrière ou sur les côtés de ce conduit, pense que le kyste est développé dans l'épaisseur du cordon et n'a pas son origine dans l'épididyme. Dans ces sortes de cas, il existe le plus souvent des adhérences très solides au niveau de la tête de l'épididyme, des masses fibreuses, plastiques, qui peuvent causer des interruptions des voies séminales.

M. Foucher ouvre la cavité du kyste. Il renferme un liquide brun clair, rempli de cristaux brillants de cholestérine. Sur quelques points des parois, qui sont lisses et solides, on trouve des amas jaunâtres. Peut-être ces caractères indiquent-ils que c'est là une ancienne hématocele.

M. Dolbeau montre à ce propos deux kystes du cordon. Le canal déférent a été injecté au mercure, et l'on peut voir que le métal s'arrête brusquement au niveau de l'un des kystes. M. Dolbeau a observé dans plusieurs cas que ces kystes du cordon, contenant de la sérosité et pas de spermatozoïdes, compriment les voies séminales. Ils siègent toujours au-dessus de l'épididyme. Quant aux kystes qui renferment des filaments spermatiques, ils sont situés entre le testicule et l'épididyme, ou près de la tête de ce dernier ; ils proviennent d'une dilatation des voies séminales. En injectant des testicules sains en apparence, on peut souvent constater la présence de dilatations peu prononcées des conduits séminifères.

M. Verneuil. M. Goubaux a fait voir, il y a deux ans, à la Société de biologie, le cordon d'un chien dont le canal spermatique offrait de nombreuses circonvolutions. En examinant avec soin, on trouvait sur ce canal tous les degrés d'évolution des kystes. En quelques points, c'était une simple dilatation latérale du conduit, puis plus loin une sorte de doigt de gant ; puis on voyait le diverticulum se rétrécir au niveau de son origine. Enfin, on trouvait de véritables kystes ne tenant plus au conduit séminifère que par une sorte de pédicule très grêle, imperméable, et qui vraisemblablement

allait disparaître. L'examen de cette pièce venait confirmer cette opinion de M. Verneuil, qu'il n'existe pas de kystes néogènes ; que toute cavité kystique dérive d'un canal ou d'une cavité préexistante.

M. *Foucher*. Sans nier les deux variétés de kystes indiquées par M. Dolbeau, je lui demanderai à quels caractères il reconnaît que les deux kystes qu'il nous montre sont développés sur le cordon et ne dépendent pas de l'épididyme.

M. *Dolbeau*. La pièce fraîche ne pouvait laisser aucun doute à cet égard : on pouvait distinguer très nettement l'épididyme ; de plus, ces kystes ne contenaient absolument que de la sérosité.

9. M. *Monceaux* montre une volumineuse tumeur de la fosse iliaque, et communique quelques détails sur l'observation du malade. Celui-ci, doué d'une vigoureuse constitution, âgé de vingt-cinq ans, avait fait, au mois de juin dernier, une chute de cheval. Une contusion de la cuisse droite le conduisit pour douze jours à l'hôpital. Il dut y rentrer en novembre, se plaignant de douleurs vives du genou. Au bout d'un mois, les douleurs existaient dans toute l'étendue du membre inférieur ; un peu d'œdème se montra d'abord sur le pied, puis, de proche en proche, gagna jusqu'à la racine du membre. On constata l'existence d'une tumeur dure, assez régulière, qui occupait toute la fosse iliaque droite. Une application de pâte de Vienne, suivie d'une ponction exploratrice, donna issue à une petite quantité de pus mal lié et sanguinolent. Les forces et la santé générale déclinaient de jour en jour, et le malade s'éteignit à la fin de janvier. A l'autopsie, on trouva une tumeur lisse sans bosselure, sans adhérences à la paroi abdominale antérieure, sauf au niveau du point où l'on avait fait la ponction. Cette tumeur occupe tout l'espace compris entre la crête iliaque et la ligne médiane, entre l'arcade crurale et le rein, dont elle est complètement indépendante. Elle est recouverte par les fibres dissociées du muscle psoas ; le nerf crural forme à sa surface une sorte de bride qui la divise superficiellement en deux parties. L'artère et la veine iliaque sont déjetées en dedans, ainsi que l'uretère ; quelques caillots existent dans la veine. La tumeur adhère intimement à l'os iliaque ; elle est très molle, et renferme

à son intérieur un liquide putrilagineux rougeâtre, analogue à la boue splénique. En quelques points existent de petits foyers purulents ; dans d'autres, c'est une substance plus ferme et d'une couleur blanchâtre. En arrière de cette masse, l'os iliaque présente un aspect rugueux et irrégulier ; il se laisse couper et briser avec la plus grande facilité ; le tissu osseux est raréfié ; les aréoles, élargies, contiennent une matière mollassse et blanchâtre. L'altération s'étend à la partie supérieure du sacrum, aux deux dernières vertèbres lombaires et à l'arrière-fond de la cavité cotyloïde.

Cette tumeur n'a pas été étudiée au microscope : MM. Ceccaldi et Depaul, en présence de qui l'autopsie a été faite, l'ont considérée comme une masse encéphaloïde développée dans l'os des iles.

10. M. Lefort présente : A. — Une fracture du col de l'humérus recueillie dans le service de M. Laugier. Elle provient d'un malade qui fit, le 1^{er} janvier, une chute violente sur le moignon de l'épaule. Cet homme est hémiplegique du côté gauche. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate les symptômes suivants : le bras gauche est le siège d'une vaste ecchymose qui s'étend du coude au creux de l'aisselle ; tuméfaction de l'épaule malade ; crépitation manifeste lorsqu'on saisit le coude et qu'on imprime à l'humérus des mouvements de rotation en fixant la tête. Cette crépitation paraît siéger au-dessus de la tête, vers le col chirurgical.

Le malade meurt d'une pneumonie, trente-quatre jours après l'accident.

L'autopsie montre que la diaphyse de l'humérus a pénétré dans l'épaisseur de la tête en s'y creusant une cavité ; elle est mobile, malgré la pénétration, et n'est retenue à la tête que par des liens fibreux, sorte de ligaments interosseux de nouvelle formation.

La direction de la fracture est parallèle à celle du col anatomique, mais elle siéger réellement au col chirurgical.

11. B. — Une tumeur du testicule provenant du même service. Le malade sur lequel elle a été enlevée est âgé de cinquante-six ans ; il déclare n'avoir jamais eu d'affections syphilitiques. Il s'aperçut, il y a trois ans, que le testicule gauche était plus petit que l'autre,

Il diminuait de jour en jour et ne présentait bientôt plus que le volume du doigt. A cette époque, il était dur et presque insensible à la pression. Cela dura six mois, puis, au bout de ce temps, le testicule augmenta de nouveau d'une manière continue ; il offrait, il y a dix-huit mois, le même volume que celui de droite ; l'accroissement de la tumeur fit entrer le malade à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre 1855.

Le testicule gauche était dur, un peu plus volumineux que l'autre et présentait de légères bosselures. M. Laugier administra, pendant six semaines, sans succès, l'iodure de potassium. Le 5 février, le chirurgien, constatant que le volume de la tumeur augmentait, et que les ganglions inguinaux commençaient à se prendre, pratiqua l'ablation du testicule.

La tumeur incisée montre une surface jaunâtre mamelonnée ; sa consistance est ferme ; elle est peu vasculaire, d'une homogénéité parfaite. En aucun point on ne trouve de vestiges du testicule. Les tuniques sont saines, les feuillets de la vaginale parfaitement mobiles l'un sur l'autre.

La tumeur a été examinée au microscope par MM. Verneuil, Robin et Dufour. M. Verneuil n'y a point trouvé de cellules capcéreuses, MM. Dufour et Robin, qui ont séparément fait cette étude, n'ont trouvé que des cellules épithéliales et des canaux séminifères hypertrophiés.

12. M. L'honneur montre une fracture verticale de la cinquième vertèbre dorsale. — Un jeune homme de dix-huit ans fait une chute d'un quatrième étage, on l'apporte à l'hôpital à onze heures, on constate une résolution complète des membres inférieurs, de la contraction et des convulsions successives dans les membres supérieurs. La respiration est très faible, la peau cyanosée, le blessé expire au bout de trois heures. La rate déchirée avait donné lieu à un épanchement sanguin assez considérable dans l'abdomen. Au niveau du médiastin postérieur et au-dessous de la plèvre, existe une vaste ecchymose. La même altération se retrouve en arrière, le long des gouttières vertébrales. L'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre dorsale est séparée avec ses lames du corps de la vertèbre. Ce corps est lui-même divisé en deux moitiés latérales, par une fracture verticale un peu

irrégulière située sur la ligne médiane. La moelle paraissait parfaitement saine au niveau de la fracture.

13. M. *Baucher* présente, au nom de M. Vigouroux, interne de M. Gosselin, un exemple d'*étranglement interne*. — Une femme de quarante-cinq ans avait, à plusieurs reprises, éprouvé des troubles consécutifs à une interruption passagère dans le cours des matières fécales. Elle entra à l'hôpital avec des signes très manifestes d'*étranglement interne*. M. Gosselin pratiqua la gastrotomie sans succès, la malade succomba promptement. A l'autopsie, on trouva des adhérences très solides qui réunissaient l'appendice cœcal, l'ovaire droit et quatre anses intestinales. L'obstruction siégeait à la limite du bassin et de la fosse iliaque droite ; on en conçoit aisément le mécanisme. Les anses étant très rapprochées par leurs huit extrémités, la réplétion de l'une quelconque d'entre elles devait nécessairement comprimer les voisines et par suite oblitérer le calibre du tube intestinal. C'est, du reste, la seule explication possible, car il n'existait ni bride, ni rétrécissement, ni diverticulum qui pussent exercer une constriction autour de l'intestin.

14. M. *Foucher* montre : A. — Une *fracture du sternum* ; cette pièce a été remise à M. Malgaigne par le docteur Légis, sans aucun renseignement. La fracture siégeait à la partie inférieure du tiers moyen, le fragment supérieur avait subi un léger déplacement en avant.

15. B. — Un exemple type d'*abcès par congestion* trouvé sur le cadavre d'un jeune homme livré aux dissections. On voyait à l'extérieur une gibbosité très prononcée siégeant au niveau de la première vertèbre lombaire. La région dorsale ne présentait pas sa courbure habituelle, elle semble redressée. La colonne lombaire est au contraire plus incurvée. En ouvrant l'abdomen, on trouva deux poches oblongues appendues de chaque côté de la colonne vertébrale et recouvertes par le muscle psoas ; la droite est plus volumineuse, elle franchit le ligament de Fallope et atteint le voisinage du petit trochanter ; celle de gauche ne dépasse pas l'arcade fémoro-

rale. Au niveau de la première et de la seconde vertèbre lombaire, existent une dépression et une mobilité anormale très marquées. La direction de l'aorte s'est accommodée au changement de courbures de la colonne vertébrale. Les foyers contiennent une substance fluide ressemblant à de la craie délayée.

16. M. Bertholle montre une rupture du foie. — Un homme ivre est écrasé, pendant la nuit, par une roue de voiture. On l'apporte à l'hôpital Beaujon, dans un état de prostration extrême ; le lendemain il est pris de délire et succombe dans la soirée. On avait constaté, pendant la vie, une crépitation très évidente sur la région latérale droite du thorax. A l'autopsie, on trouva une fracture des onze premières côtes, dont la direction générale présentait une courbure à convexité antéro-inférieure, de telle sorte que la fracture était d'autant plus près de la tête de la côte, que celle-ci était plus inférieure. Le poumon n'avait pas souffert de ce large dégât de la paroi, il ne présentait aucune trace de déchirure. L'abdomen contenait une certaine quantité de sang coagulé, surtout à la partie inférieure du foie. Cet organe lui-même était verticalement déchiré dans toute son épaisseur et dans la presque totalité du lobe droit, dont la face supérieure présentait quelques ecchymoses sous-péritonéales. Cette rupture s'était produite sous l'influence de la pression extérieure et d'une manière indirecte, aucun fragment des côtes brisées n'ayant pénétré dans la cavité abdominale.

17. M. Foucher montre une anomalie d'origine des gros vaisseaux qui partent de la crosse de l'aorte. Elle consiste dans la disposition suivante : Il n'existe pas de tronc brachio-céphalique ; la carotide primitive droite nait absolument au commencement de la convexité, se dévie un peu à droite et gagne la partie latérale de la trachée en croisant un peu ce conduit. L'origine de la carotide gauche est exactement contiguë à celle de la précédente. La sous-clavière gauche est normale ; la sous-clavière droite nait du sommet de la convexité aortique, sur un plan postérieur aux artères précédentes, entre les carotides et la sous-clavière gauche : elle monte d'abord verticalement, puis s'infléchit à angle droit pour

passer derrière la trachée et l'œsophage, et poursuit son trajet habituel.

M. Gallard fait observer que, dans un cas semblable, on aurait pu blesser la carotide droite en pratiquant la trachéotomie d'un seul coup.

M. Foucher. J'ai déposé au musée de la Faculté une disposition des veines du cou qui aurait pu entraîner des conséquences analogues. Une veine jugulaire antérieure, du volume du petit doigt, longe la partie antérieure de la trachée. Il eût été impossible de l'éviter si l'on avait tenté de pénétrer d'emblée dans le tuyau aérien.

M. Trélat. J'ai eu occasion de disséquer deux anomalies d'origine des artères aortiques dans lesquelles un gros vaisseau croisait la trachée. L'une d'elles offre les plus grandes analogies avec celle que nous montre M. Foucher : les deux carotides naissent à droite par un tronc commun ; la carotide droite montait directement le long de la trachée, la gauche passait obliquement en avant du tuyau aérien, au niveau de sa partie moyenne. La sous-clavière droite avait son trajet normal, la gauche se comportait comme dans la pièce que nous avons sous les yeux.

La seconde anomalie était la suivante : la sous-clavière gauche est régulière ; la sous-clavière droite et les deux carotides naissent par un tronc commun qui occupe la place du tronc brachio-céphalique ; la carotide primitive gauche croise la trachée vers sa partie moyenne.

M. Axenfeld. Les blessures des gros vaisseaux, dans l'opération de la trachéotomie, sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Un seul cas a été publié : c'était un étudiant en médecine, qui, voyant un de ses amis près de rendre le dernier soupir, imagina de lui faire la trachéotomie ; il coupa la carotide, et, hors de lui, plein de terreur, s'enfuit en abandonnant le moribond. Je connais un autre cas : un jeune enfant avait subi la trachéotomie, et l'opération avait amené le plus heureux résultat. Le vingtième jour, l'enfant vomit du sang et tombe en syncope ; l'hémorrhagie s'arrête promptement, et le petit malade reprend ses sens. Le lendemain, nouvelle hématomèse plus abondante, nouvelle syncope très prolongée ; l'enfant meurt. En faisant l'autopsie avec soin, on découvrit que le tranchant du bistouri avait légèrement intéressé la paroi du tronc brachio-céphalique ; que cette atteinte avait dé-

terminé un travail de destruction lente par suite de laquelle le vaisseau s'était ouvert dans la plaie et dans la trachée. C'était donc une hémorrhagie consécutive à une blessure superficielle d'une grosse artère, hémorrhagie mortelle comme vous venez de l'entendre.

M. *Bauchet*. J'ai vu succomber un enfant pendant l'opération même. Au moment où le chirurgien arrivait sur la trachée, un sang noir s'échappe en abondance de la plaie, l'opéré pâlit et meurt sans qu'on puisse arrêter l'hémorrhagie; le tronc veineux brachio-céphalique avait été ouvert.

18. M. *Duchaussoy* présente diverses articulations de la main atteintes de *rhumatisme chronique*.

Le sujet sur lequel elles ont été prises était destiné à la médecine opératoire; il était robuste et âgé de quarante-cinq ans environ.

Les doigts sont d'une excessive brièveté; quelques-unes des phalanges n'ont pas 1 centimètre de longueur. Toutes les articulations des doigts sont volumineuses; plusieurs d'entre elles portent des nodosités latérales; elles sont peu mobiles, mais aucune n'a complètement perdu ses mouvements. Les nodus sont constitués par des masses fibreuses très dures; les cartilages articulaires, et surtout à leur centre, sont détruits et laissent voir le tissu spongieux de l'os plus rouge que de coutume; les portions restantes de cartilage sont ternes, rugueuses et inégales. Le carpe présente des altérations plus importantes encore: toutes les facettes articulaires sont revêtues d'un cartilage déchiqueté, mou, sans brillant. Le semi-lunaire fait une saillie considérable sous le ligament antérieur; son diamètre antéro-postérieur est de 34 millimètres; il semble divisé verticalement à sa partie moyenne en deux portions latérales; cette division constitue une sorte de pseudarthrose jouissant de faibles mouvements. En ouvrant cette fausse articulation, on constate que dans ce point le tissu osseux est presque complètement détruit; il n'existe à la place que des masses de tissu fibreux très résistant, sans trace de cavité synoviale, et maintenant les deux fragments étroitement appliqués l'un à l'autre.

L'extrémité inférieure du radius est dépourvue de cartilage dans

le point qui correspond à la pseudarthrose du semi-lunaire. Le bord antérieur de l'os est profondément échancré ; mais on a pu s'assurer, en pratiquant un trait de scie, qu'il n'y avait jamais eu de fracture en ce point.

M. Dufour. Les faits de cette nature ont une grande utilité pour bien établir la distinction entre la goutte et le rhumatisme. Je partage complètement l'opinion de MM. Trastour et Charcot, qui établissent l'un et l'autre, dans leur thèse inaugurale, la différence tranchée qui existe entre les deux maladies. Dans le rhumatisme, ainsi que nous pouvons le constater, ce sont les os eux-mêmes qui sont déformés, les cartilages se détruisent, des masses fibreuses se développent ; la goutte, au contraire, est caractérisée par la formation de dépôts tophacés surajoutés et constitués surtout par de l'urate de chaux.

19. M. Rocques présente une fracture du col du fémur et une fracture du radius gauches.

Ces pièces ont été recueillies sur un malade qui a succombé dans le service de M. Laugier, à l'Hôtel-Dieu.

Le 19 février 1856, cet homme, âgé de quarante-cinq ans, fit, de la hauteur d'un deuxième étage, une chute dans des matériaux de démolition. A l'entrée du malade, le même jour, on constate une déformation de la cuisse gauche consistant en une augmentation de convexité de sa face externe. Pas de mobilité ni de crépitation, raccourcissement de 3 à 4 centimètres. Le chirurgien diagnostique une fracture sous-trachantérienne et applique un appareil de Scultet. Le poignet gauche est arrondi, mais ne présente pas la déformation caractéristique des fractures du radius. On sent à la partie externe de son extrémité un petit fragment mobile ; la crépitation est très manifeste. (Bandage roulé.)

Le blessé est pris de pneumonie du côté gauche et meurt le 24 février.

A l'autopsie, on trouve un épanchement considérable du sang à la partie externe et postérieure de la cuisse gauche. Le col du fémur est brisé à sa base et profondément enfoncé dans la substance du grand trochanter éclaté en trois fragments : un antérieur continu avec la diaphyse ; un supérieur, triangulaire, à base tournée en haut, constitué par le sommet du grand trochanter ; un

postérieur, long de 48 centimètres, triangulaire, à sommet inférieur, formé en haut par la partie postérieure du trochanter, et en bas par un épais et large copeau de la diaphyse fémorale. La capsule et la synoviale, intactes en avant, sont largement déchirées en arrière et en bas ; un petit fragment osseux adhère au périoste.

La fracture du radius siège à l'extrémité inférieure de cet os, à 4 centimètres de l'articulation ; elle est transversale. Le fragment inférieur est éclaté en quatre petits fragments, par la diaphyse qui a violemment pénétré dans son épaisseur : un fragment externe plus considérable, comprenant l'apophyse styloïde et trois petits fragments internes moins volumineux et complètement détachés. La fracture pénètre perpendiculairement dans l'articulation. L'apophyse styloïde radiale a conservé ses rapports avec le cubitus.

20. M. Broca. J'ai enlevé ce matin sur un chien une *tumeur* que cet animal portait entre les testicules et la partie antérieure de la verge. Cette tumeur était ulcérée ; elle présentait des circonvolutions, des anfractuosités profondes. D'après ses caractères extérieurs, je pensais trouver un cancroïde ; l'examen microscopique m'a fait voir un *cancer nucléaire* des mieux caractérisés. Une particularité intéressante de cette opération, c'est que l'animal a été plongé dans une insensibilité complète par un nouveau procédé d'anesthésie que M Faure m'a prié d'expérimenter avec lui.

21. M. Faure. La privation d'air, quelle que soit sa nature et sa cause, produit l'*insensibilité*, que l'on pourrait presque définir : le commencement de la mort. J'ai été conduit par mes recherches à voir s'il ne serait pas possible de produire l'asphyxie à dose modérée, pour ainsi dire, et d'arriver ainsi à une anesthésie dont on pourrait graduer l'intensité. Je n'ai, comme on le pense bien, expérimenté jusqu'ici que sur des animaux, et je me suis arrêté au procédé suivant, qui a été mis en usage ce matin par M. Broca et moi.

J'ouvre la trachée de l'animal et j'y adapte solidement un tube de fer blanc dont l'extrémité opposée s'ouvre dans une vessie remplie d'air. On conçoit tout de suite comment cette petite quantité d'air devient insuffisante et produit une asphyxie croissante.

Chez le chien, les battements du cœur ne sont pas réguliers et continus ; ils marchent par séries ; on observe bientôt que ces séries deviennent de plus en plus distinctes ; l'insensibilité suit la même marche. Si on enlève l'appareil, l'animal revient parfaitement à la vie, et quand au bout de deux ou trois jours on le sacrifie, on trouve pour seule lésion des petites apoplexies pulmonaires sous-pleurales.

M. Broca. C'est à onze heures moins vingt minutes que nous avons commencé. L'anesthésie n'a été suffisante qu'au bout de douze minutes. Pendant cet espace de temps, l'animal ne faisait aucun mouvement ; il ne témoignait nul malaise, et cependant il était encore très sensible aux piqûres. L'opération a duré quatre ou cinq minutes ; vers la fin, le chien s'agitait, et, comme il fallait cautériser au fer rouge, nous dûmes recommencer l'asphyxie. Il y a donc tout lieu de croire que l'on pourrait, sans danger (au moins pour les chiens), conduire l'asphyxie à un degré convenable.

M. Faure. La dilatation de la pupille est un guide très sûr. Les nombreuses expériences que j'ai faites m'ont toujours montré que la pupille se dilate à mesure que l'anesthésie s'établit. En s'arrêtant à un certain degré de dilatation de la pupille, que l'habitude indique très bien, on peut être assuré de ne pas tuer l'animal. Un phénomène assez curieux, c'est qu'on observe parfois une inégale dilatation des deux pupilles ; je ne saurais, du reste, en donner l'explication.

M. Broca. J'ai remarqué, au commencement de l'anesthésie, que si l'on venait à incliner vers le sol la tête du chien, les pupilles se dilataient davantage, qu'elles se contractaient, au contraire, si on la relevait. Doit-on attribuer ce phénomène à une congestion des membranes de l'œil, ou bien n'est-ce seulement que l'action de la lumière plus intense quand la tête était relevée ? En tous cas, le fait méritait d'être noté.

22. M. Barth montre un fragment de parotide extrait d'une tumeur inflammatoire de cette glande, survenue dans les circonstances suivantes :

Vers la fin de janvier, un capitaine de zouaves, revenant de Crimée, éprouva des malaises vagues et consulta M. Barth, qui

lui conseilla le repos et un bon régime. Le 30, le malade eut froid dans la journée, et le soir il fut tourmenté par un frisson pénible; le lendemain on constatait tous les signes d'une affection fébrile aiguë. On pense à une congestion du poulmon; une saignée est pratiquée, suivie le lendemain de ventouses sur la poitrine. Le pouls était à 125 et 130; bientôt survient du délire de plus en plus violent. M. Barth songe à un état typhoïde pernicieux; il administre le sulfate de quinine à deux et trois doses par jour. Le malade est très mal; trois médecins réunis en consultation désespèrent de sa guérison. C'était le 7 février. Dans la nuit suivante, une amélioration sensible se manifeste; le délire diminue, le pouls s'abat; il s'établit une diarrhée peu intense. A partir de ce moment, le malade alla de mieux en mieux; le 11, il prenait quelques aliments; mais le 12 la fièvre se rallume. Il y a un peu de gonflement aux parotides. On applique des compresses froides. Le 18, M. Michon pratique une incision à la partie supérieure de la tumeur; le 19, une autre à la partie inférieure; deux autres, enfin, le 21 et le 23 février. C'est par cette dernière incision qu'au milieu de la suppuration sortit le lambeau glandulaire que nous avons sous les yeux.

Depuis cette époque, la tumeur s'est affaïssée; tous les symptômes se sont amendés; le malade marche vers une guérison prochaine.

« Je ne sache pas, dit M. Barth, qu'on ait signalé jusqu'ici l'issue de portions de glande dans les parotides suppurées. Ce sont, en général, des lambeaux de tissu cellulaire qui se font jour par les ouvertures faites à la peau. »

M. Cruveilhier. Il est assez fréquent de voir des masses filamenteuses sortir de la parotide. Jusqu'ici, en effet, on n'a pas signalé nettement que ce fussent des portions de glandes; mais j'ai tout lieu de croire qu'il en est ainsi. J'ai vu une dame âgée sur laquelle toute la parotide tomba en détrit et en échares, elle guérit sans paralysie de la face. Une excavation profonde existait à la place de la glande.

22. M. Legendre. On a présenté, il y a peu de temps, à la Société (1) un cas de *division congénitale du voile du palais*. En voici

(1) Voir plus loin Observation de M. Sirdey.

un nouvel exemple : je l'ai rencontré sur une femme de trente-six ans, morte à la Pitié sans que j'aie pu obtenir de renseignements antérieurs. La division est située un peu à gauche de la ligne médiane et laisse sur la droite la luette, qui offre un aspect normal; elle s'arrête à 1 centimètre de la voûte palatine. Il n'existe aucune séparation de cette voûte ni des lèvres. Les deux piliers ont l'apparence accoutumée; les deux lèvres de la division sont très épaisses. La dissection de la pièce m'a fait voir le pharyngo-staphylin très développé et formant une large bande musculaire qui recouvre toute la moitié droite du voile du palais. Le péristaphylin interne est mince et se termine par une bande aponévrotique étroite sur le bord de la division. Le péristaphylin externe n'offre rien de particulier; il n'existe pas ici de palato-staphylin.

On conçoit l'importance de ce développement considérable du pharyngo-staphylin au point de vue de la médecine opératoire. C'eût été parfaitement le cas d'employer le procédé de Fergusson, et de diviser ce muscle si pendant la vie on avait tenté la réunion des deux lèvres de la fente anormale.

24. M. Vibert montre une *arthrite sèche* de la hanche et du genou trouvée chez une vieille femme de la Salpêtrière. A la hanche, la tête du fémur et la cavité cotyloïde ont complètement disparu. Il n'existe plus à la place que deux surfaces planes, un peu rugueuses, glissant légèrement l'une sur l'autre, et constituées, d'une part, par l'os iliaque, de l'autre par le bord interne du fémur. Pendant la vie, l'os était dans la flexion et l'adduction. Au genou existait une demi-luxation en vertu de laquelle la face antérieure du fémur et la rotule regardaient en dehors, tandis que la crête du tibia était tournée en dedans. Dans l'échancrure intercondylienne existait un corps étranger du volume d'une grosse amande.

25. M. E. Nélaton présente une *hydropisie de la vésicule biliaire*. Elle existait chez une femme ayant des tubercules au sommet des deux poumons, une carie vertébrale et un abcès par congestion. Elle avait été atteinte, il y a deux mois, d'une fièvre typhoïde. Le foie est gras, décoloré, d'une teinte jaune clair, présentant la dureté

du suif. La vésicule mesure 12 à 13 centimètres de hauteur sur 6 à 7 de large; elle est distendue par un liquide transparent; ses parois sont blanches et amincies. Les canaux hépatique et cystique sont perméables dans toute leur étendue; il est facile de faire refluer le liquide de la vésicule dans le canal hépatique.

M. *Blot*. J'ai observé à la Salpêtrière un cas analogue à celui-ci; mais les canaux étaient oblitérés. C'était du mucus et non un liquide séreux que contenait la vésicule. Dans le cas actuel, les conduits n'étaient pas oblitérés; le foie continuait donc à verser le produit de la sécrétion dans la vésicule; c'est de la bile sans matière colorante que renferme ce réservoir. On ne saurait alors appeler cette altération une hydropisie; c'est seulement une ampliation de la vésicule distendue par la bile.

M. *Bauchet*. Les hydropisies de la vésicule du fiel consistent en une surabondance d'un liquide tantôt séreux, tantôt muqueux. J'ai vu un exemple où les conduits étaient oblitérés par un cancer; voici la seconde fois que j'observe une hydropisie sans obstruction des canaux bilifères. Faudrait-il supposer ici que, sous l'influence de sa complète transformation, le foie a cessé de sécréter la bile? La décoloration des voies biliaires semblerait l'indiquer.

M. *Axenfeld*. Les foies gras continuent toujours à sécréter la bile; il faudrait donc admettre une exception pour le cas actuel. Il semble plus rationnel de croire que c'est de la bile que renferme la vésicule, mais de la bile profondément modifiée en raison de l'altération très considérable de l'organe sécréteur.

OBSERVATION D'EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ GÉNÉRAL PAR RUPTURE D'UNE CAVERNE PULMONAIRE (1); AUTRE OBSERVATION DE CAVERNE PULMONAIRE OUVERTE DANS LE CANAL RACHIDIEN; par le professeur CRUVEILHIER, président perpétuel de la Société anatomique.

OBS. — Delarche (Françoise), âgée de vingt-quatre ans, couturière, entra le 26 décembre 1855 à l'hôpital de la Charité, salle

(1) Les pièces anatomiques ont été présentées à la Société dans sa séance du 8 février 1856.

Saint-Joseph, n° 7, dans un état très avancé de phthisie pulmonaire.

Un souffle tubaire caverneux des plus intenses, avec pectoriloquie, gargouillement, et parfois souffle amphorique, occupe toute la hauteur de la région antérieure du poumon gauche, depuis la clavicule jusqu'à la région mammaire inclusivement. Une particularité nous frappe : c'est une douleur extrêmement vive accusée par la malade dans toute cette région antérieure, si bien que non-seulement la percussion la plus légère, mais encore l'application la plus douce de l'oreille ne peut être supportée; l'auscultation par le stéthoscope aurait été impossible. Cette douleur, qui datait de deux mois, était telle, que la malade, depuis cette époque, ne pouvait que difficilement se servir de la main gauche.

Les symptômes de la maladie de poitrine remontaient à deux ans environ, à la suite d'un accouchement. Le poumon droit ne donne de signes de tuberculisation qu'au sommet.

Je diagnostiquai donc une caverne, ou plutôt une série de cavernes pulmonaires superficielles dans toute la hauteur de la région antérieure du poumon droit, avec phlegmasie de la plèvre correspondante; et la douleur des parois thoraciques était tellement vive, qu'il me vint à l'idée que le travail de tuberculisation, qui se dirigeait évidemment du côté de la peau, pourrait bien finir par perforer les muscles intercostaux.

L'état de la malade était stationnaire, lorsque le 23 janvier, à la visite du matin, nous fûmes étrangement surpris de voir que la face, si maigre, si desséchée la veille, était devenue monstrueuse, comme dans l'œdème le plus considérable. La pensée d'un œdème par oblitération de la veine cave se présenta, en effet, à quelques personnes; nous palpons: c'était un emphysème, qui occupait principalement les paupières et les joues, celles-ci surtout, qui formaient deux ballons élastiques résonnant par la percussion à la manière d'une vessie pleine d'air.

La même rénitence gazeuse s'observait à la région cervicale, qui était énormément tuméfiée dans toute sa circonférence, surtout aux régions antérieure et latérales. Il en était de même des régions claviculaires; c'était principalement aux deux régions sous-claviculaires, entre la clavicule et la mamelle, que l'accumulation des gaz était le plus considérable. Là existaient deux volumineuses

tumeurs aériennes, hémisphériques, véritables ballons qui résonnaient comme un tambour. La mamelle n'avait pas encore pris part à l'emphysème ; il existait également deux poches aériennes oblongues, en arrière et de chaque côté du thorax.

Dans toutes les autres régions il n'y avait pas collection d'air, mais simple infiltration.

La crête iliaque et la base du sacrum étaient la limite inférieure de l'infiltration gazeuse en arrière et de chaque côté. La limite inférieure en avant était la base du thorax. Les membres inférieurs avaient été respectés ; il n'en était pas de même des membres supérieurs qui étaient emphysémateux jusqu'aux poignets. Les deux régions deltoïdiennes, mais surtout la gauche, étaient remarquables par une énorme poche gazeuse, espèce de réservoir qui communiquait largement avec le réservoir de la région sous-claviculaire du même côté.

La malade raconte que dans la nuit du 21 au 22 janvier, pendant un effort violent de toux, elle a entendu une espèce de sifflement qu'elle compare à celui qui résulte de l'insufflation sous-cutanée pratiquée dans les boucheries ; que ce bruit se renouvelait à chaque fois qu'avait lieu un effort de toux ; qu'en même temps, elle voyait se soulever la région sous-claviculaire gauche. Elle avait parfaitement compris que ce bruit, de même que la cause de l'emphysème, partait de la région antérieure et gauche de la poitrine.

Le 22 au matin, l'emphysème n'avait pas dépassé la région sous-claviculaire, si bien que, n'ayant pas été prévenu, et ayant examiné à fond la malade la veille, je ne m'arrêtai pas à son lit. C'était dans la nuit du 22 au 23, à la suite d'efforts violents de toux, que l'emphysème s'était étendu à la face et à tout le tronc.

A dater de ce moment, la malade éprouve un sentiment de suffocation qui l'oblige à changer sans cesse de position, comme pour échapper à l'asphyxie. Elle est d'ailleurs profondément terrifiée. Mon premier soin est de la faire asseoir sur le bord de son lit, les jambes pendantes, position qui la soulage beaucoup et remonte son courage.

La palpation démontre qu'il y a là deux modes d'emphysème bien distincts : l'emphysème ordinaire ou par infiltration, et l'emphysème par collection gazeuse.

Les doigts, proménés sur les tumeurs aériennes, donnent la sensation d'une rénitence élastique, d'une vessie pleine d'air; proménés sur les parties emphysémateuses par infiltration, ils donnent une sensation de craquement, de déplacement.

L'oreille, appliquée sur les tumeurs aériennes autres que les tumeurs sous-claviculaires, ne fait entendre aucun bruit; appliquée contre les parties simplement infiltrées d'air, elle donne une sensation de crépitation des plus manifestes. Pour bien apprécier cette crépitation, il faut que l'oreille soit mollement pressée contre les parties qu'on explore, ou plutôt qu'elle soit alternativement pressée et soulevée. Cette sensation de crépitation est celle d'un tafetas que l'on froisse entre les doigts, et a beaucoup d'analogie avec la crépitation sèche d'une pneumonie commençante. Or cette crépitation, de même que la sensation obtenue par la palpation, ne peut résulter que du passage des bulles d'air d'une cellule dans une autre.

Les parties emphysémateuses, soit par infiltration, soit par collection, étaient ici, comme dans tous les cas d'emphysème que j'ai eu occasion d'observer, douloureuses sous l'influence du plus léger contact, si bien que les limites de la douleur étaient aussi celles de l'infiltration gazeuse.

J'ai voulu étudier à fond par l'auscultation les deux tumeurs gazeuses sous-claviculaires : quelle n'a pas été ma surprise d'entendre, au niveau de ces deux tumeurs, un bruit vésiculaire parfaitement distinct, parfaitement pur, sans aucun mélange, même à gauche, là où l'avant-veille j'avais entendu un souffle caverneux tubaire, parfois amphorique, avec bruit de gargouillement. En outre, faisant tousser la malade pendant que l'oreille était appliquée contre la tumeur sous-claviculaire gauche, j'entends un bruit de frémissement vibratoire semblable à celui qui résulte du passage à travers un orifice étroit de bulles d'air qui se succèdent avec rapidité. Je ne puis mieux comparer ce bruit qu'à l'émission bruyante de gaz par l'anus. Ce bruit, qui s'entend à distance, n'existe que pendant les efforts de toux; il est nul dans la respiration ordinaire.

Ici le diagnostic n'était pas douteux. Une des cavernes tuberculeuses superficielles qui existait, chez cette malade, dans les régions sous-claviculaire et mammaire gauches, était devenue adhérente aux parois thoraciques, qu'elle s'était, pour ainsi dire,

appropriées ; d'où la perforation de ces parois, d'où l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'extrême oppression de la malade m'avait fait craindre un instant la possibilité de l'infiltration gazeuse dans le tissu cellulaire du médiastin ; mais rien ne la démontrait.

Prescription. — Potion fortement calmante, pour diminuer l'angoisse et le spasme. Des mouchetures, pratiquées sur la tumeur aérienne sous-claviculaire gauche, point de départ évident de l'infiltration gazeuse, donnent issue à l'air avec sifflement. Soulagement momentané de la malade.

Les 24 et 25 janvier, l'emphysème se généralise ; il occupe tout le tronc, les membres inférieurs aussi bien que les membres supérieurs. Il n'y a de respecté à la tête que la partie médiane de la face, nez, lèvres et menton, et le cuir chevelu. La ligne médiane sternale et abdominale et la ligne du rachis ont participé à l'infiltration emphysemateuse. Aux mains et aux pieds, il n'y a de respecté que les régions palmaires et plantaires.

La voix est devenue grave, rauque ; la déglutition est difficile, surtout pour les aliments solides, qui étouffent en passant. Je me demande si l'infiltration gazeuse sous-cutanée n'est pas déjà parvenue à franchir la barrière apportée à une infiltration profonde par les aponévroses cervicales, si le tissu cellulaire qui entoure le pharynx, et enfin le tissu cellulaire des replis muqueux épiglottico-aryténoïdiens, ne pourraient pas être envahis, et si dans ce cas l'infiltration gazeuse de ces replis muqueux n'amènerait pas la suffocation, comme dans les cas d'infiltration séreuse.

Je fais une étude toute particulière de la tumeur sous-claviculaire gauche, laquelle est véritablement un grand réservoir qui reçoit directement l'air du poumon et qui le transmet à toutes les parties du corps. La malade a parfaitement la conscience de tout cela ; à chaque fois qu'elle tousse, elle sent se gonfler d'abord la tumeur sous-claviculaire gauche, puis la tumeur sous-claviculaire droite, puis les tumeurs aériennes du cou et de la face, et le retentissement s'en fait sentir dans toutes les parties emphysemateuses. Aussi redoute-t-elle beaucoup les quintes de toux, parce qu'elle est persuadée que la suffocation et la mort pourraient en être la conséquence immédiate, d'où un sentiment de terreur profonde que nous avons beaucoup de peine à dominer.

L'oreille, appliquée contre les tumeurs sous-claviculaires droite et gauche, fait toujours entendre le murmure vésiculaire le plus pur, comme dans l'exploration du poumon le plus sain, phénomène que je ne puis pas m'expliquer, et dont l'autopsie me donna plus tard l'interprétation.

Le 26 janvier, de nouveaux phénomènes se produisent dans la tumeur sous-claviculaire gauche. Une respiration caractérisée par un souffle tubaire s'y établit d'une manière permanente. Ce souffle tubaire est inspirateur et expirateur; quelquefois il est amphorique. J'en conclus que l'orifice de communication entre la caverne pulmonaire et la poche aérienne sous-claviculaire gauche est devenu beaucoup plus considérable.

En outre, les quintes de toux s'accompagnent d'un son vraiment musical, qui se prolonge sur le même ton longtemps après la cessation de la toux, à la manière de celui que donne un tuyau d'orgue.

La malade se plaint de plus en plus du retentissement de la toux dans toutes les parties du corps, de la tête aux pieds, mais surtout du côté de la tête, qui lui paraît se gonfler énormément à chaque effort de toux. La voix est bien plus rauque et bien plus grave que les jours précédents, et la déglutition, même des liquides, plus difficile.

Il n'y avait bien évidemment qu'un parti à prendre : c'était de donner issue aux gaz par une incision suffisante. Le lieu d'élection ne pouvait être que la poche aérienne qui occupait la région sous-claviculaire gauche, immédiatement au-dessous de la mamelle, au niveau du point où l'auscultation m'avait fait reconnaître l'orifice de communication entre la tumeur aérienne et la caverne pulmonaire. Je ne voyais que des avantages à cette incision, que la malade accueillit avec empressement, et qui fut immédiatement pratiquée par M. Peter, mon interne. A peine l'ouverture est-elle faite, que l'air contenu dans la poche aérienne s'échappe avec bruit, qu'une respiration très active s'établit par cette ouverture, et que la malade se sent soulagée.

Le lendemain, 27 janvier, toutes les poches aériennes sont en grande partie vidées, mais l'emphysème par infiltration n'a pas sensiblement diminué.

La respiration ne se fait pas constamment par la plaie, mais

elle se produit largement, bruyamment, avec un souffle extrêmement intense, et qui aurait certainement pu éteindre la flamme d'une bougie, lorsque la malade faisait un effort de toux.

En approchant l'oreille de la plaie, je reconnus, indépendamment de ce bruit de souffle qui s'entendait à distance, un autre bruit qui me parut venir des lèvres de l'incision : c'était un petit bruit continu, mais saccadé, qu'on ne peut mieux comparer qu'à ce qu'on appelle le chant de la cigale. Ce bruit était évidemment produit par l'air infiltré qui s'échappait rapidement bulle par bulle des cellules dans lesquelles il était incarcéré, et qui venait crever à la surface de la plaie, à la manière d'une eau en ébullition. Ce bruit, qui se suspendait, se ralentissait par moments, était activé par une pression douce exercée sur les parties voisines, pression qui favorisait la sortie des bulles d'air.

Du reste, depuis l'incision, l'état général de la malade est excellent. Plus de suffocation ; appétit ; pouls presque naturel. L'espérance a succédé au désespoir.

Le 28 janvier, le mieux continue ; non-seulement les poches aériennes se sont vidées, mais encore l'emphysème par infiltration a notablement diminué.

La respiration par la fistule est nulle ou à peu près nulle, lorsque la malade respire paisiblement ; elle devient, au contraire, très bruyante pendant les quintes de toux : elle prend alors le caractère du sifflement d'un vent violent qui mugit à travers une fenêtre mal jointe. L'air, en passant, entraîne beaucoup de mucosités qu'il soulève quelquefois en bulles, lesquelles crèvent immédiatement avec bruit. L'expectoration, comme la respiration, se fait largement par l'ouverture fistuleuse.

Il est évident qu'il existe une très large communication entre les bronches et la caverne pulmonaire, d'une part, la caverne et le tissu cellulaire sous-cutané, d'une autre part.

Les 29 et 30, l'ouverture de communication fistuleuse semble s'être élargie encore. Il s'opère incessamment par la plaie une respiration complète, à savoir, une inspiration et une expiration. La mamelle gauche, tuméfiée, est devenue extrêmement douloureuse.

Le 34 janvier, en soulevant la mamelle, je fais sortir par la plaie une grande quantité de pus sanieux qui paraît situé dans le

tissu cellulaire sous-mammaire. Il est bien probable que ce phlegmon de la mamelle gauche est la conséquence, non de la présence de l'air dans l'épaisseur de la mamelle, mais bien du passage du mucopus de la caverne pulmonaire dans le tissu cellulaire extérieur. La preuve, c'est que la région mammaire droite, bien qu'elle ait été soulevée par une non moindre quantité d'air, ne participe nullement à l'inflammation phlegmoneuse, et qu'au contraire, elle est complètement affaissée depuis l'incision. Les matières purulentes qui sortent par l'ouverture fistuleuse paraissent provenir en partie du poumon, car au milieu du pus sanieux je reconnaissais des mucosités purulentes.

L'emphysème par infiltration a diminué partout, mais il n'est disparu complètement nulle part; je le retrouve par la palpation et par l'auscultation dans les régions où je l'avais reconnu avant l'incision.

Dès le 31 janvier, fièvre aiguë, sécheresse de la langue, dents fuligineuses, difficulté de la déglutition plus grande encore que les jours précédents. La malade se plaint de ne pouvoir pas avaler sa salive sans douleur. Amaigrissement extrême de la face et du cou.

Depuis plusieurs jours, la malade ne pouvait plus tousser. Les efforts de toux n'aboutissaient qu'à la sortie d'une grande quantité d'air par la plaie; aucune mucosité n'était expulsée par la bouche, aucun son n'était produit à travers le larynx: c'était une toux muette. Évidemment la presque totalité de l'air expiré passait par l'ouverture fistuleuse; il n'en restait pas assez pour expulser les mucosités bronchiques par les voies naturelles. J'ai dit que la voix était grave et rauque et ne présentait qu'un seul ton. Depuis quelques jours, elle était plus faible encore; le 2 février, elle est presque nulle, l'air expiré passant presque entièrement par la plaie, si bien qu'on eût dit que la fistule s'ouvrait directement et largement dans la trachée. Ce n'est que lorsque la malade faisait un très grand effort qu'elle pouvait produire un son, et souvent une seule syllabe dans un mot était entendue. Toutes les mucosités bronchiques sont expulsées par la plaie. Épuisement extrême.

La malade s'éteint le 3 février, 38 jours après son entrée, le douzième jour de l'apparition de l'emphysème.

Ouverture du cadavre. — On peut reconnaître l'emphysème par

infiltration sur toute la surface du corps : dans certaines parties, l'emphysème se révèle par des bosselures inégales, circonstance qui ne m'avait pas frappé pendant la vie. — Comme pendant la vie, la pression la plus légère fait circuler les gaz sous la peau, et détermine sous le doigt cette sensation de craquement ou de déplacement de bulles d'air qui est caractéristique ; on voit manifestement les cellules s'affaisser sous la pression, et les cellules voisines se distendre. On peut, par une forte pression circulaire, refouler dans une région déterminée tous les gaz infiltrés au voisinage. Cette région devient bosselée, et ses bosselures sont irrégulières. Je me suis assuré que dans ce cas la déchirure des lamelles cellulaires avait été opérée, tandis que dans le déplacement produit par une palpation douce il n'y a aucune déchirure. En comprimant circulairement de haut en bas la partie supérieure de la cuisse pour faire refluer en bas tout l'air infiltré, j'ai déterminé la formation de lignes rameuses, régulières, qui représentent parfaitement la direction des veines superficielles de la peau. J'en ai conclu que l'air trouvait plus de facilité à s'infiltrer dans le tissu cellulaire extérieur aux veines que dans toute autre direction. Du reste, le tissu cellulaire emphysemateux présente exactement le même aspect que le tissu cellulaire insufflé d'un animal de nos boucheries.

J'ai étudié la région occupée par les tumeurs aériennes, et plus particulièrement la tumeur sous-claviculaire droite. Je m'attendais à trouver de vastes poches, à la manière des bourses muqueuses. Point du tout : nulle part il n'y avait une poche unique, mais bien de petites poches multiloculaires, à loges plus ou moins vastes ; ces poches étaient affaissées sur elles-mêmes, en sorte qu'il a fallu en écarter les parois pour se faire une bonne idée de leur capacité. Il n'est pas douteux qu'elles ne communiquassent entre elles lorsqu'elles étaient remplies d'air.

Non-seulement le tissu cellulaire libre qui entourait le grand pectoral, mais encore la membrane celluloso-fibreuse propre du grand pectoral, avait été infiltrée d'air ; et même on voyait de très petites bulles d'air interposées aux faisceaux de ce muscle.

Etude des régions sous-claviculaire et mammaire gauches. — L'ouverture fistuleuse qui occupait cette région a conduit dans un vaste foyer purulent intermédiaire au muscle grand pectoral et aux côtes ; ce foyer, que remplissait un pus sanieux, s'étendait en de-

dans jusqu'aux insertions sternales du grand pectoral, et en dehors jusqu'aux limites du muscle. Une autre couche purulente existait entre le grand pectoral et la peau ; cette couche se prolongeait entre la mamelle et le grand pectoral ; elle était infiltrée dans la membrane cellulaire propre de ce muscle. Sa couleur jaune verdâtre contrastait avec celle du pus sanieux observé sous le grand pectoral. Enfin, le tissu du muscle grand pectoral lui-même était infiltré de pus, et ses faisceaux dissociés dans un grand nombre de points.

Sous le grand pectoral, apparaissaient les troisième, quatrième et cinquième côtes dénudées de leur périoste, ainsi que les parties voisines des cartilages costaux. Deux grandes ouvertures, l'une située entre la troisième et la quatrième, l'autre entre la quatrième et la cinquième côtes, établissaient une très large et très facile communication entre la cavité thoracique et sa surface extérieure. Le doigt indicateur, introduit dans ces ouvertures, pénètre dans une vaste cavité dont la paroi externe paraît formée par la paroi thoracique elle-même, en sorte que, sans les antécédents, j'aurais pu croire que nous avions affaire à un cas de pleurésie circonscrite. Faisant ensuite enlever par deux traits de scie latéraux le sternum et la moitié antérieure de la cage thoracique, y compris tous les organes contenus dans la poitrine, j'ai pu faire les observations suivantes :

Le poumon *droit* n'était fortement tuberculeux qu'au sommet. Il était libre d'adhérences et perméable dans le reste de son étendue, où l'on ne voyait que quelques tubercules crus disséminés.

Le poumon *gauche*, extrêmement rapetissé, induré dans toute son étendue, adhérait intimement aux parois costales et au diaphragme. Ses trois quarts supérieurs étaient creusés de grandes cavernes qui communiquaient largement entre elles ; et au milieu de ces cavernes était un réseau à très larges mailles, interceptées par de grosses colonnes cylindriques dont chacune contenait une bronche ou des vaisseaux. Toutes ces cavités s'ouvraient ou directement ou indirectement dans une grande caverne intermédiaire à la paroi thoracique et au poumon. C'était cette caverne qui communiquait au dehors par les deux ouvertures indiquées.

Cette cavité, dont la paroi antérieure était constituée par les parois thoraciques doublées d'une membrane fibreuse extrêmement

épaisse, était-elle le résultat d'une pleurésie circonscrite ? On aurait pu le croire au premier abord ; mais, en étudiant plus à fond la disposition du poumon, il m'a été facile de voir que cette cavité n'était autre chose qu'une vaste caverne pulmonaire superficielle, dont la paroi antérieure, devenue adhérente à la plèvre costale, avait été progressivement détruite couche par couche par l'inflammation ulcérate, et que, dans certains points, le travail ulcéreux avait détruit plèvre pulmonaire, fausses membranes organisées, plèvre costale, muscles intercostaux interne et externe ; d'où la perforation.

La preuve de ce mécanisme se trouve dans l'étude attentive des détails de la pièce anatomique. En effet, en examinant les autres cavernes superficielles que présente ce poumon, on pouvait, en quelque sorte, assister à la destruction progressive de leurs parois ; car on voyait les couches de tissu pulmonaire qui formaient la paroi antérieure de ces cavernes réduites à une lame mince dans certains points, et complètement détruites dans d'autres.

La caverne intermédiaire à la paroi thoracique et au poumon était donc une caverne pulmonaire ; car sa paroi postérieure présentait tous les caractères des anciens foyers tuberculeux, et communiquait très largement avec d'autres cavernes tuberculeuses et avec les tuyaux bronchiques. Cette caverne, ai-je dit, communiquait à l'extérieur du thorax par deux ouvertures bien distinctes, l'une située entre la troisième et la quatrième côte, l'autre située entre la quatrième et la cinquième. Voici les particularités que présentaient ces perforations fistuleuses :

Les troisième et quatrième côtes étaient privées de périoste à leur face antérieure, dans l'espace de 5 ou 6 centimètres. La troisième côte, nécrosée et en voie de destruction, était profondément érodée ; son bord inférieur, aminci, irrégulier, se brisait avec la plus grande facilité ; c'était au niveau de la portion la plus usée de ce bord qu'existait l'ouverture fistuleuse la plus supérieure. La quatrième côte, également privée de périoste à sa face antérieure, était lisse, à peine érodée dans quelques points ; et bien évidemment sa dénudation était récente.

Les cartilages de la troisième et de la quatrième côte, dénudés de périchondre à leur face antérieure, avaient subi une perte de substance irrégulière ; ils étaient comme crevassés, chagrinés,

sans changement de couleur, sans travail réparateur. Le cartilage de la troisième côte ne tenait à cette côte que par une très petite languette.

La cinquième côte n'était dénudée qu'à sa face postérieure et à son bord supérieur ; c'était au niveau de ce bord supérieur qu'existait la deuxième ouverture fistuleuse, laquelle était moins considérable que la supérieure.

Les muscles intercostaux internes et externes étaient complètement détruits entre la troisième et la quatrième et entre la quatrième et la cinquième côte, au niveau des ouvertures fistuleuses. Une membrane fibreuse blanche, très résistante, constituait seule la paroi antérieure de la caverne : c'était la plèvre, doublée de fausses membranes organisées.

En étudiant la partie de caverne située au-dessous de la deuxième ouverture fistuleuse, j'ai trouvé, entre la cinquième et la sixième côte, un commencement de travail perforateur qui rendait parfaitement compte de cette perforation. En effet, il existait là une petite poche en forme de cul-de-sac, dont le fond était formé par le muscle intercostal externe aminci, le muscle intercostal interne ayant été détruit par le travail perforateur. Je ne doute pas qu'une troisième perforation ne se fût produite plus tard dans ce point.

RÉFLEXIONS ET CONCLUSIONS.

Ces réflexions et conclusions se rattachent les unes à l'emphysème, les autres aux cavernes tuberculeuses superficielles du poumon et au mécanisme de la perforation des parois thoraciques.

Il résulte de l'observation précédente :

A. *Relativement à l'emphysème :*

1° Que l'emphysème sous-cutané peut être la conséquence de la rupture spontanée d'une caverne pulmonaire superficielle dans le tissu cellulaire extérieur au thorax, à travers les muscles intercostaux perforés.

2° Qu'il existe deux espèces d'emphysème sous-cutané : l'emphysème par *infiltration* et l'emphysème par *collection*.

Ce dernier suppose d'une part une grande laxité dans le tissu cellulaire, et, d'une autre part, une très large perforation. Il n'est lui-même qu'un emphysème par infiltration, à larges mailles.

3° Que l'emphysème par collection se reconnaît à une tumeur rénitente, élastique, résonnante à la percussion, et que l'emphysème par infiltration se reconnaît par l'auscultation aussi bien que par la palpation.

4° Que la sensation de crépitation fine et sèche qui caractérise l'emphysème à la palpation n'est pas le résultat de la rupture des lamelles du tissu cellulaire, mais bien le résultat du passage de l'air d'une cellule dans une autre, par les voies ordinaires de communication des cellules.

5° Que l'auscultation, appliquée à l'étude de l'emphysème sous-cutané, est un moyen de diagnostic plus délicat, plus précis que l'exploration par le toucher : par elle, la présence de l'air est révélée là où le toucher est en défaut. Bien certainement, l'auscultation aurait rectifié la sensation d'emphysème produite au tact par le déplacement des noyaux de cerises dans un cas particulier où j'ai commis cette erreur (1).

(1) Chez une femme de la Salpêtrière, âgée de cinquante-huit ans, qui présentait derrière l'ombilic une tumeur dure, qui s'étendait à droite jusque dans l'hypochondre, un phénomène fort curieux fixa mon attention : c'est qu'en exerçant une pression légère sur la tumeur, j'éprouvais la sensation de crépitation fine et sèche qui caractérise l'emphysème. Cette sensation était extrêmement prononcée ; elle fut perçue par toutes les personnes qui suivent habituellement ma visite ; elle fut également perçue par M. Hourmann et par M. Auguste Bérard, qui, hélas ! devaient être bientôt enlevés à la science. Cette crépitation était superficielle, en sorte qu'elle paraissait siéger dans le tissu sous-cutané. J'avais vu le malade le 6 septembre, elle succomba le 13. La sensation d'emphysème que nous avions perçue se maintint jusqu'au dernier moment. Nul doute ne s'étant élevé dans l'esprit d'aucun de nous sur l'existence d'un emphysème, nous nous demandions s'il n'y avait pas eu adhérence du côlon avec les parois abdominales, perforation de cet intestin, et infiltration du gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais alors comment expliquer la circonscription de l'emphysème ?

A l'ouverture, nous trouvâmes que la cause de la sensation d'emphysème qui nous avait paru si inexplicable était dans l'accumulation d'une grande quantité de noyaux de cerises qui remplissaient le cœcum, le côlon ascendant et une petite partie du côlon transverse ; que la collision de ces noyaux de cerises, qui fuyaient sous le doigt par la plus

6° Que la respiration vésiculaire, si nette et si parfaite, que présentait à l'auscultation la tumeur aérienne sous-claviculaire gauche s'explique de la manière la plus satisfaisante par la dissection, qui a démontré que cette tumeur aérienne était constituée non par une poche uniloculaire, mais par une poche multiloculaire à vésicules communicantes devenues annexes du poumon, et dans lesquelles, par conséquent, avait dû s'établir une respiration vésiculaire.

7° Que toutes les parties emphysémateuses sont douloureuses, et, par conséquent, que les limites de l'emphysème sont parfaitement établies par celles de la douleur.

8° Qu'il est douteux que la présence de l'air dans le tissu cellulaire puisse devenir la cause d'une inflammation phlegmoneuse, cet air finissant toujours par être résorbé. Dans le cas qui fait l'objet de ces réflexions, l'inflammation de la poche gazeuse sous-claviculaire gauche a été probablement produite non par la présence de l'air, mais par celle des mucosités purulentes lancées dans le tissu cellulaire par la colonne d'air qui sortait des cavernes pulmonaires.

9° Que, dans le cas d'emphysème sous-cutané par rupture d'une caverne tuberculeuse, il faut se hâter de pratiquer, au niveau de la perforation, une grande incision suffisante pour donner issue à la totalité de l'air expulsé. De cette manière, on substitue à une communication fistuleuse broncho-cellulaire une fistule broncho-cutanée.

B. Relativement aux cavernes pulmonaires superficielles, ces cavernes se subdivisent en celles qui adhèrent aux parois costales et en celles qui ne sont pas adhérentes.

1° Quand la caverne superficielle n'est pas adhérente aux parois costales, la rupture de cette caverne a pour conséquence la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, ce qui

légère pression, déterminait une sensation analogue au bruissement et au déplacement de l'air dans l'emphysème. L'illusion était si facile, qu'on ne pouvait s'en défendre en répétant l'exploration sur le cadavre. (*Anatomie pathologique*, avec planches, liv. XXVI, pl. 6.)

constitue le pneumothorax, et consécutivement une pleurésie purulente. Comment se fait-il que la présence de l'air dans la plèvre produise constamment et rapidement une pleurésie (toujours purulente), alors que l'air infiltré dans le tissu cellulaire n'a jamais, que je sache, produit l'inflammation de ce tissu ? Cela ne tiendrait-il pas à ce qu'il s'épanche dans la plèvre, en même temps que l'air, une plus ou moins grande quantité de mucus purulent, de pus ou de matière tuberculeuse ?

2° Dans le cas, bien plus fréquent, d'adhérence de la caverne pulmonaire à la paroi costale (et l'adhérence est la règle, la non-adhérence l'exception), si le travail morbide continue, il détruit successivement : 1° la portion de tissu pulmonaire qui sépare la caverne de la plèvre pulmonaire ; 2° la plèvre pulmonaire ; 3° la fausse membrane organisée, plus ou moins épaisse, qui sépare la plèvre pulmonaire de la plèvre costale ; 4° la plèvre costale, puis les muscles intercostaux qui sont usés couche par couche ; 5° le périoste des côtes et le périchondre des cartilages ; 6° les côtes elles-mêmes et les cartilages : et si des adhérences ne s'établissent pas préalablement entre les muscles intercostaux et les couches musculaires et celluleuses qui les séparent de la peau, la perforation se produit, l'air s'épanche dans le tissu cellulaire extérieur du thorax, un *pneumothorax externe* a lieu sous la forme d'emphysème par infiltration ou d'emphysème par collection, suivant le diamètre de la perforation, et de là s'infiltré dans toutes les parties du corps.

3° Que, dans d'autres cas, la perforation complète des muscles intercostaux ne s'opérant que d'une manière lente et progressive, des adhérences s'étant préalablement établies entre la face externe de ces muscles et les couches celluleuses et musculaires adjacentes, ces couches, devenues partie intégrante de la caverne, constituent une poche molle et flasque, qui présente des alternatives d'augmentation et de diminution, qui se distend fortement dans les efforts de toux ; poche

molle et flasque que l'on prend ordinairement pour un empyème de nécessité, mais qui en diffère essentiellement, car elle contient de l'air en même temps que du pus, présente une rénitence gazeuse, communique bien évidemment avec les voies aériennes et se réduit par une pression extérieure qui fait refluer dans la caverne intérieure et les gaz et les matières purulentes accumulées dans la tumeur externe. ^A

Il n'y a qu'un pas de l'existence de cette poche à la fistule pulmonaire cutanée, ou broncho-cutanée cervicale dont j'ai fait représenter un exemple, XXXII^e livraison, pl. 5. Dans ce cas, la fistule pulmonaire avait son point d'origine à une caverne du sommet du poumon. Un trajet fistuleux très large, dirigé de bas en haut, conduisait directement de cette caverne sur la partie latérale gauche du larynx, où il se terminait par un orifice assez considérable; plusieurs bronches coupées à pic s'ouvraient dans la caverne pulmonaire; le trajet fistuleux était antérieur aux vaisseaux et aux nerfs de la région latérale du cou.

P. S. Comme exemple remarquable des conséquences des cavernes superficielles du poumon, je crois devoir ajouter à ce petit travail le fait suivant, que je viens d'observer dans mon service, et qui a pour objet une *caverne tuberculeuse superficielle du bord postérieur du poumon, laquelle s'était ouverte dans le canal rachidien* et avait déterminé une paraplégie.

OBS. — Femme Bossu, cinquante-sept ans, est apportée à l'hôpital de la Charité, le 15 février 1856, dans un état d'émaciation extrême, avec *paralysie complète du sentiment et du mouvement volontaire des membres inférieurs*.

Une ligne horizontale, passant par le sommet de l'appendice xiphoïde établissait les limites de la paraplégie du sentiment. Je diagnostiquai une paralysie par compression de la moelle, à la rigidité ou contracture des membres inférieurs, aux rétractions spontanées de ces membres, aux contractions déterminées par un

pincement très fort de la peau et par le chatouillement de la plante des pieds, contractions et impressions dont la malade n'avait aucune perception.

Comme commémoratifs, nous apprenons que la maladie avait débuté, deux ans auparavant, par un sentiment d'engourdissement et de fourmillement des membres inférieurs, avec crampes ou soubresauts; que la paralysie du sentiment et du mouvement était allée toujours croissant, et que depuis trois mois la malade ne pouvait plus quitter son lit.

Je cherchai la cause de la compression présumée de la moelle dans une maladie de la colonne vertébrale; mais l'exploration la plus attentive ne me permit de découvrir ni déviation, ni gibbosité, ni points douloureux.

Cette malade, qui toussait depuis quelque temps, est prise d'une toux beaucoup plus fréquente, avec fièvre aiguë, expectoration impossible, vu la paralysie des muscles des parois abdominales, et meurt sans agonie, le 8 mars, cinq ou six jours après l'invasion de la fièvre.

Ouverture du cadavre.— La cavité du rachis, ouverte avec beaucoup de soin par M. Peter, mon interne, nous a montré qu'il existait, au niveau de la quatrième côte gauche, autour de la dure-mère, à laquelle il adhérait assez intimement, un demi-cylindre de tissu accidentel, rouge, très dense, infiltré de matière tuberculeuse concrète, qui me paraît n'être autre chose qu'une végétation fongueuse, indurée. Une matière tuberculeuse, pulpeuse, semblable à du mastic de vitrier ramolli, se voyait autour de ce demi-cylindre, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. L'apophyse transverse gauche de cette vertèbre était en grande partie détruite, ainsi que les apophyses articulaires correspondantes; la lame vertébrale du même côté était érodée; la tête de la quatrième côte gauche était détruite, son col érodé. Cette côte était flottante; les muscles intercostaux, du troisième et du quatrième espace intercostal, étaient détruits à ce niveau, de telle manière que le doigt pénétrait largement dans un foyer rempli de matière tuberculeuse. Le corps de la quatrième vertèbre dorsale, parfaitement intact, avait augmenté de densité, ainsi que le corps de la cinquième.

Le poumon adhérait fortement aux parois de la poitrine, au niveau de ce foyer. Les adhérences détruites, nous avons vu que

ce poumon était creusé d'une caverne tuberculeuse qui communiquait largement avec le foyer tuberculeux de la colonne vertébrale, ou plutôt, que le foyer tuberculeux pulmonaire et le foyer tuberculeux rachidien ne constituaient qu'un seul et même foyer.

Interprétation de cette lésion. — On pouvait admettre deux interprétations. La première, c'est que le point de départ était à la colonne vertébrale, et que le foyer pulmonaire n'en était que la conséquence. C'était donc, d'après cette manière de voir, un foyer tuberculeux rachidien, ouvert en quelque sorte dans le poumon. Ma pensée, au contraire, fut que le point de départ de la carie vertébrale était dans une caverne pulmonaire superficielle dont le travail ulcéreux avait détruit successivement plèvre costale, plèvre pulmonaire, muscles intercostaux, tête de la quatrième côte, apophyse transverse et apophyses articulaires correspondantes, dont la matière tuberculeuse avait pénétré dans le canal rachidien par un trou de conjugaison considérablement agrandi, et comprimé la moelle. Le cylindre fongueux indiqué était une conséquence de l'irritation produite à la surface externe de la dure-mère et dans le tissu cellulaire ambiant par la présence de la matière tuberculeuse.

Les faits de ce genre ne sont pas sans exemple; j'en ai rencontré plusieurs dont l'interprétation me paraissait bien difficile. C'est l'étude des cavernes pulmonaires superficielles de la région antérieure de la poitrine qui a été pour moi comme un trait de lumière pour l'interprétation de ces *caries latérales de la colonne vertébrale et des côtes communiquant avec une caverne pulmonaire*.

Dans le cas actuel, il n'y avait dans le poumon que cette caverne pulmonaire, et ailleurs de petites granulations noires, d'une densité cartilagineuse, que j'ai coutume d'appeler *tubercules de guérison*. Ce foyer tuberculeux ne communiquait nullement avec les bronches; aussi était-il rempli par une bouillie caséeuse, stéatomateuse. Il était parfaitement

enkysté. Supposons que cette caverne pulmonaire eût été en libre communication avec les bronches, un emphysème aurait été la suite inévitable de sa rupture, et cet emphysème aurait débuté par le canal rachidien et par la partie postérieure latérale du rachis. La cause de la mort de cette malade était une pneumonie avec hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon gauche.

OBSERVATION D'ANÉVRYSME POPLITÉ DOUBLE (service de M. Nélaton);
Traitement par la compression, insuccès. Amputation. — Par
M. EUGÈNE NÉLATON, interne du service.

Louis Panger, cultivateur, âgé de trente-deux ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 24 décembre 1855.

Cet homme, d'une constitution vigoureuse et d'une bonne santé habituelle, ne présente aucun antécédent du côté de l'hérédité. Sa nourriture a toujours été bonne; il nous dit seulement qu'il buvait beaucoup de cidre, de café et d'eau-de-vie.

Il fait remonter sa maladie à six semaines, époque à laquelle il commença à sentir un engourdissement dans le mollet et le talon gauches pendant la marche, la station et la position assise; néanmoins, il continue ses travaux pendant un mois, et alors la jambe gauche commence à enfler pendant la marche.

Il n'y a que dix-neuf jours qu'il se décida à garder le lit sur le conseil du médecin. La tumeur poplitée gauche n'avait alors que la moitié du volume actuel; quant à la tumeur du côté droit, le malade ne s'en était point encore aperçu, et ce ne fut que ces jours derniers, à son arrivée à Paris, qu'il en fut averti par M. Broca.

Le 25 décembre. — Pouls à 74, régulier.

Bruits du cœur normaux.

Membre gauche très œdématié jusqu'au genou; pas d'autre sensation que l'engourdissement.

La circonférence du mollet gauche est de 39 centimètres, celle du mollet droit 33 centimètres; la circonférence du genou est de 43 centimètres à gauche, 37 à droite.

Le genou gauche, un peu fléchi, est le siège d'un léger épanchement fluctuant, mais n'offrant aucun battement.

Dans le creux poplitée gauche, tumeur arrondie, assez bien circonscrite, plus volumineuse que le poing, fluctuante, qui est le siège de battements expansifs énergiques, isochrones à la diastole artérielle, et qui ne disparaissent pas entièrement par la pression directe, à moins que l'on ne comprime en même temps l'artère fémorale au pli de l'aîne ; bruit de souffle assez léger à la partie supérieure et interne de la tumeur ; les battements de la tibia postérieure sont encore appréciables, quoique plus faibles que du côté opposé ; les veines du membre inférieur ne paraissent pas sensiblement dilatées.

Dans le jarret droit, existe une autre tumeur fluctuante, du volume d'une grosse noix, à battements expansifs, disparaissant également par la compression au pli de l'aîne, et dans laquelle on n'entend pas de bruit de souffle.

Ni l'une ni l'autre de ces tumeurs anévrysmales ne paraît renfermer de caillots.

Le 26 décembre. — Saignée de 300 grammes ; application de l'appareil de M. Broca sur la cuisse gauche pour la compression alternative de la fémorale, de manière à diminuer seulement le cours du sang sans l'interrompre complètement. Teinture de digitale, 15 gouttes par jour.

Pendant la nuit, il y eut peu de sommeil, à cause de la gêne causée par l'appareil.

Le 27. — On suspend la compression à une heure pour la rétablir vers quatre heures.

Le 28. — Appareil assez bien supporté ; un peu de sommeil ; pouls à 70.

Le 29. — Il semble que la tumeur s'affaisse plus facilement sous la pression directe de la main. Pouls à 64.

Le 30. — Le malade souffre de la pression des pelotes, surtout de la pelote supérieure. Pouls à 70.

Le 4^{er} janvier 1856. — On continue toujours la compression alternative au pli de l'aîne et à l'anneau du troisième adducteur, pendant deux ou trois heures sur chacun des points. Cette compression, au degré où elle peut être portée, diminue les battements sans les interrompre complètement ; il est même à remarquer qu'ils

reprennent une certaine intensité dès que le malade s'est livré à quelque changement de position du membre nécessité par la fatigue.

Le 2. — Pouls à 68. Au lieu de teinture de digitale, on administre un granule de digitaline. On continue la compression.

Le 3. — Une heure après la prise du granule de digitaline, le pouls est à 58 ; le soir, pouls à 68.

Le 4. — Deux heures après l'administration de la digitaline, le pouls est à 64. Saignée de 300 grammes.

Les jours suivants, l'appareil est difficilement supporté ; du reste, les pelotes, surtout celle du milieu de la cuisse, ne compriment pas d'une manière continue, mais seulement pendant quelques minutes, à partir du moment de l'application. C'est presque toujours par suite d'un léger mouvement imprimé au membre du malade que l'artère se dérobe plus ou moins à l'action compressive. La compression pratiquée à l'aide des doigts paraît être le seul moyen de suppléer à l'insuffisance de l'appareil. Vingt-quatre personnes de bonne volonté se présentent, de manière à pouvoir se relayer deux par deux de deux heures en deux heures.

Le 12 janvier. — On institue donc la compression digitale au pli de l'aîne, d'une manière non interrompue, et on la continue jour et nuit.

Le pouls est à 120 ; les battements énergiques dans tout le système artériel. Le malade prend chaque jour deux granules de digitaline.

La première nuit, le malade se plaint pendant plusieurs heures d'élancements très violents dans la jambe. 4 pilules d'opium de 0,05 dans le courant de la nuit. Point de sommeil.

Le 13. — Application d'un bandage à partir du pied jusqu'au dessus du genou pour modérer l'engorgement œdémateux, déjà très prononcé. L'épanchement articulaire a presque complètement disparu. Compression digitale non interrompue. La nuit est assez bonne, mais point de sommeil malgré l'opium. Les battements de la tumeur sont moins intenses ; elle commence à prendre de la dureté.

Le 14. — Compression digitale moins bien supportée, à cause d'une éruption de quelques pustules dans la région inguinale. 6 pilules d'opium.

La nuit du 44 au 45 est assez calme, malgré quelques élancements passagers dans la jambe et la face dorsale du pied. Du reste, pas de sommeil, si ce n'est d'une manière très passagère.

Le 45. — Tumeur du jarret de plus en plus dure et moins pulsatile. La nuit du 45 au 46, on renouvelle l'application du bandage roulé, ce qui est suivi de douleurs beaucoup plus vives dans le pied et la jambe, douleurs prolongées pendant plusieurs heures, et à la suite desquelles le malade poussa des cris violents et eut un accès de délire, ce qui obligea à enlever le bandage roulé et à cesser la compression pendant une demi-heure. 2 pilules d'opium, administrées immédiatement, contribuèrent à ramener un peu de calme. A partir de trois heures du matin, le malade supporta assez patiemment la compression. Toujours 120 pulsations.

Le 46. — A dix heures du matin, après quatre-vingt-quatorze heures de compression soutenue, la tumeur paraissant beaucoup plus dure et moins pulsatile encore que les jours précédents, on cesse la compression et on laisse le malade reposer tranquillement, après avoir remis un bandage roulé sur la jambe. Plus de bruit de souffle dans la tumeur, qui est moins saillante dans le creux poplité, mais qui paraît élargie sur les côtés du genou, où l'on sent de la fluctuation et des battements expansifs très manifestes, ce que l'on attribue à un épanchement séreux articulaire auquel la tumeur anévrysmale communique ses mouvements. Dans la nuit, le malade dort quelques heures.

Le 47 et jours suivants. — On le laisse encore dans le repos complet, le membre enveloppé d'un bandage roulé et appuyé sur un coussin assez élevé. Douleurs généralement médiocres, mais devenant très violentes à certains moments.

Le 22. — Diminution très notable des battements de la tumeur, qui sont maintenant très peu sensibles; le poulx, du reste, est redevenu calme et d'une fréquence normale. Le malade ne souffre presque plus et dort un peu la nuit. Il prend chaque jour trois granules de digitaline, et le soir une ou deux pilules d'opium de 0,05.

Les jours suivants, le malade ne se plaint que d'un sentiment de faiblesse générale, et dans la jambe de quelques élancements très passagers.

Dans la nuit du 24 au 25, douleurs très violentes dans le jarret

et le reste de la jambe, douleurs qui forcent le malade à enlever lui-même la bande roulée.

Le 25, au matin. — On aperçoit une eschare de la largeur d'une pièce de 5 francs, environnée d'un cercle ecchymotique sur la peau qui recouvre le point culminant de la tumeur anévrysmale vers la partie externe du creux poplité ; la jambe et le pied sont le siège d'un œdème et d'une tension considérables ; les tissus sont encore sains au niveau de la cuisse. Ces diverses circonstances sont regardées comme l'indication d'une amputation urgente de la cuisse. Le malade y consent. On la pratique dans la matinée, par le procédé à lambeau supérieur. La plaie est réunie à l'aide de six points de suture et de quelques bandelettes de sparadrap.

Le 26. — Aucun accident, point d'inflammation ; on laisse le même pansement. Sulfate de quinine, 0,50 par jour, pour tâcher de prévenir l'infection purulente.

Le 27. — Même état satisfaisant ; agglutination presque complète des lèvres de la plaie ; très léger suintement séro-purulent. On enlève plusieurs points de suture ; on renouvelle le pansement simple.

Le 28, au matin. — Aucun accident ; presque pas de suppuration. Pansement simple.

Vers deux heures de l'après-midi, douleurs dans l'hypochondre droit, suivies de frisson ; accès de délire pendant la nuit. Alcoolature d'aconit.

Les frissons se renouvellent les jours suivants, ainsi que le délire, qui devient bientôt presque continu.

Le 31 janvier. — Mort à dix heures du matin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La dissection de l'anévrysme du côté gauche nous montre les particularités suivantes :

La peau ne présente rien de spécial, si ce n'est l'eschare déjà mentionnée et l'ecchymose circonvoisine.

L'aponévrose du jarret est éraillée et extrêmement amincie au pourtour de l'eschare, qui elle-même repose directement sur les caillots noirâtres de la tumeur anévrysmale. Celle-ci se présente sous l'aspect de poches multiples à parois cellulenses extrêmement minces, souvent peu distinctes, et paraissant formées uniquement par le tissu cellulo-graisseux refoulé. La poche principale, plus grosse que les deux poings, ovoïde, à grand diamètre vertical de

45 centimètres d'étendue, à petit diamètre transversal de 40 à 42 centimètres, remplit complètement et distend même l'espace circonscrit par les muscles jumeaux, demi-membraneux et biceps; elle communique à droite et à gauche avec des poches accessoires, plus petites, de formes variables, souvent irrégulières, éraillées, laissant couler une certaine quantité de sang liquide lorsqu'on cherche à les circonscrire de trop près avec le bistouri, présentant même vers ces points des espèces d'appendices constitués par une simple infiltration sanguine dans les mailles du tissu cellulaire inter-musculaire; une de ces poches accessoires occupe la gaine du demi-membraneux au voisinage de son insertion inférieure; une autre assez volumineuse, ne renfermant que du sang liquide, et pouvant offrir 7 à 8 centimètres de diamètre, paraît siéger dans l'épaisseur même de la moitié supérieure du jumeau interne, se prolongeant ainsi jusque dans le mollet; néanmoins, en y regardant avec attention, on reconnaît que toutes les fibres musculaires du jumeau sont rejetées en arrière de cette poche, qui paraît siéger plutôt dans une sorte de dédoublement de l'aponévrose antérieure du muscle, avec cette particularité, cependant, que ses parois, examinées à l'intérieur, au lieu d'offrir l'aspect nacré et resplendissant des aponévroses voisines, se laissent facilement déchirer, présentent plus de mollesse, une teinte d'un blanc plus mat, tirant légèrement sur le jaune, se rapprochant, en un mot, de l'aspect des aponévroses mortifiées. Est-ce le simple contact du sang qui est la cause de cet aspect?

La poche anévrysmale principale, à sa partie postérieure, au lieu d'offrir cette paroi celluleuse mince qui la constitue partout ailleurs, et qui laisse voir les caillots par transparence, présente des parois plus épaisses et plus consistantes. Cette portion de tissu, qui retrace assez bien l'aspect des parois artérielles, se dessine comme un renflement fusiforme à direction verticale; les extrémités supérieure et inférieure de ce renflement se continuent directement avec le tronc de l'artère poplitée, laquelle a conservé en deçà et au delà de la poche, son calibre et son aspect normal, au moins à l'extérieur. La recherche du bont inférieur de cette artère, très profondément située au-dessous d'une couche épaisse de muscles, fut laborieuse et nécessita une dissection longue et minutieuse. Qu'eût-ce été si l'on eût opéré cet anévrysme par la mé-

thode ancienne? Le nerf et la veine poplités, contigus d'abord au tronçon supérieur de l'artère, s'en écartent ensuite quelque peu en dehors pour contourner la poche anévrysmale et rejoignent ensuite le tronçon artériel inférieur pour se comporter alors normalement et traverser avec lui l'anneau fibreux du soléaire. La veine poplitée est complètement oblitérée dans sa moitié supérieure par un caillot noirâtre, ferme et adhérent, et dans sa moitié inférieure par accolement et adhésion intime de ses parois fortement comprimées par la tumeur. La cavité des deux bouts de l'artère ne renferme, au contraire, qu'un petit caillot rougeâtre filiforme, non adhérent, qui ne s'est peut-être formé qu'après l'amputation.

Point d'artère collatérale d'un volume notable.

Une coupe verticale et antéro-postérieure, faite au milieu de la tumeur principale, montre qu'elle est remplie par des caillots la plupart noirâtres, peu résistants, disposés en trois masses principales superposées, dont la moyenne paraît la plus foncée, la plus récente et la plus molle, et l'inférieure la plus ancienne; celle-ci, de 2 à 3 centimètres seulement d'épaisseur, jaunâtre, plus résistante que les autres, bien qu'assez friable encore, offre un aspect fibrineux; elle concourt à envelopper les parois d'une cavité particulière qui occupe la partie la plus déclive de la tumeur, cavité qui ne renferme point de caillots, mais seulement du sang liquide, cavité qui se continue sans ligne de démarcation avec celle que circonscrit le renflement fusiforme déjà signalé à l'extérieur, entre les deux bouts de l'artère poplitée.

La face interne de toute cette cavité est tapissée par une membrane jaunâtre, friable, peu adhérente, à surface lisse, d'un millimètre à peine d'épaisseur, et ressemblant passablement à la tunique moyenne des parois artérielles, avec lesquelles d'ailleurs elle paraît se continuer insensiblement au niveau des points où l'artère poplitée se réunit au renflement fusiforme.

Néanmoins, en y regardant avec attention, on s'aperçoit que la paroi artérielle n'a réellement persisté avec sa structure normale que dans l'étendue d'une petite bande intermédiaire aux deux bouts de l'artère poplitée, bande de 4 à 2 centimètres de large sur 5 ou 6 de long, plissée longitudinalement, et qui se distingue des parois fibrineuses du reste de la poche par une légère différence de niveau et de coloration.

La cavité que nous venons de décrire représente très probablement la dilatation anévrysmale primitive de l'artère (dilatation fusiforme latérale) dont les ruptures ou les éraillures ont permis la diffusion et l'accumulation du sang dans les sacs cellulaires de nouvelle formation et incomplètement organisés qui constituent aujourd'hui la plus grande partie de la tumeur.

L'articulation du genou renferme du sang et des caillots rougeâtres ; elle communique avec la poche anévrysmale principale par trois orifices arrondis, du diamètre d'une pièce de 50 centimes à celle de 4 franc, occupant sa paroi postérieure.

Il n'y a dans cette articulation aucune trace d'inflammation.

L'anévrysme du côté opposé offre une disposition beaucoup moins compliquée que le précédent ; après la dissection de la peau, du tissu cellulaire et de l'aponévrose amincie qui le recouvrent en arrière, il se présente à nous sous la forme d'une tumeur ovoïde d'une dureté qui indique la formation de caillots assez denses, tumeur de couleur brunâtre, de 6 centimètres de hauteur sur 4 de largeur et 4 d'épaisseur, siégeant immédiatement au-dessus de l'interligne articulaire, en arrière du condyle interne du fémur, et enchatonnée en grande partie dans une espèce de coque membraneuse très mince formée par le refoulement en arrière et en dedans des fibres musculaires et tendineuses qui constituent l'extrémité supérieure du jumeau interne, coque membraneuse dont on peut facilement l'énuccler en détruisant de faibles adhérences celluluses.

Les nerfs sciatiques poplités externe et interne suivent leur trajet ordinaire. La veine poplitée est rejetée un peu en dehors et en arrière de la tumeur anévrysmale, mais conserve, ainsi que ses différentes branches, son calibre, sa structure et sa perméabilité normale. L'artère, accolée à la partie antérieure de la veine, ne renferme aucune espèce de caillots et vient se confondre avec la tumeur anévrysmale à la partie externe et supérieure de celle-ci, pour en sortir de la même manière à sa partie externe et inférieure. La portion des parois de la tumeur, qui est intermédiaire aux deux bouts de l'artère, est solide, résistante, comme celle que nous avons décrite pour l'anévrysme du côté opposé, et représente comme celle-ci une sorte de renflement fusiforme des parois artérielles, dans l'intérieur duquel on ne sent point de caillots par la

palpation ; la seule différence qui existe avec le côté opposé consiste en ce que le renflement et l'artère à laquelle il fait suite, au lieu d'occuper le côté interne de la tumeur, occupent ici son côté externe.

Une incision verticale de la tumeur suivant un plan dirigé de dedans en dehors et d'arrière en avant vient tomber précisément dans la cavité circonscrite par le renflement fusiforme extérieur de l'artère, et nous montre que la paroi artérielle n'y est conservée intacte que dans l'étendue d'une bande de 4 centim. $\frac{1}{2}$ de large sur 4 ou 5 de long et intermédiaire aux deux bouts de l'artère, absolument comme du côté opposé, le reste étant constitué par une couche fibrineuse mince, lisse, jaunâtre et friable, qu'on peut facilement détacher.

La même coupe fait voir que toute la partie compacte de la tumeur, c'est-à-dire sa plus grande partie, est constituée par des couches fibrineuses concentriques, stratifiées, offrant chacune 4 à 3 millimètres d'épaisseur et facilement séparables les unes des autres, interrompues seulement vers leur partie postérieure par l'interposition de quelques caillots récents, mous et noirâtres ; les couches les plus extérieures de la tumeur anévrysmale sont également de nature fibrineuse, et ne paraissent point renfermées dans une enveloppe spéciale constituant un véritable sac, mais sont recouvertes seulement par quelques lambeaux cellulaires presque insignifiants qu'on détache à grand'peine, et par l'extrémité supérieure du jumeau étalée en membrane.

On ne rencontre sur le trajet des artères, et spécialement des artères poplitées, aucune espèce d'altération de parois.

Trois artérioles naissent de la tumeur anévrysmale du jarret droit à sa partie la plus déclive ; deux d'entre elles ont conservé leur perméabilité.

M. Broca appelle l'attention de la Société sur plusieurs points intéressants de cette présentation. A quelle époque doit-on faire remonter la diffusion de l'anévrysme ? M. Broca s'est demandé si le voyage qu'a dû faire le malade pour se transporter de son pays à Paris, n'y a pas contribué pour beaucoup. On conçoit, en effet, la fâcheuse influence des secousses et des fatigues inévitables en pareille circonstance. — Au moment où l'on examina le malade, l'ar-

ticulation était le siège d'un épanchement assez considérable; on n'y sentait aucun battement. M. Broca pensa qu'il était dû à la gêne de la circulation. Le soir même du jour où la compression fut commencée, l'épanchement était résorbé. Poursuivant sa première pensée dans ses conséquences, M. Broca ne vit dans cette disparition si rapide que l'influence de la diminution du sac sur la circulation du membre. Toute cette petite théorie reposait sur une erreur. L'épanchement articulaire n'était pas dû à une gêne apportée au cours du sang : c'était le liquide sanguin lui-même qui pénétrait dans l'article. Dès lors on conçoit aisément la résorption presque immédiate de l'épanchement sous l'influence de la compression. Mais comment expliquer l'absence de battements à la partie antérieure de l'articulation ? Il semble rationnel de l'attribuer à la petitesse et à l'irrégularité des communications entre le sac et la cavité articulaire ; mais bientôt les orifices s'élargissent, l'accès du sang devient plus libre et plus facile, et la main perçoit des pulsations évidentes sur les deux côtés de l'articulation.

Est-il possible d'établir aujourd'hui quelque règle sur la thérapeutique des anévrysmes diffus ? M. Broca, dans son travail, a rassemblé quinze cas de tumeurs de cette espèce traitées par la compression. Il y eut treize succès et deux cas de mort. Voici deux nouveaux faits qui se produisent : l'un que vous avez sous les yeux, et l'autre récemment observé à l'hôpital Saint-Louis. Il y a là de quoi faire hésiter beaucoup sur la valeur de la compression dans de semblables circonstances. Peut-être la ligature immédiatement appliquée permettrait-elle la formation d'un caillot moins volumineux, plus dense, et qui laisserait le sac revenir plus facilement sur lui-même. Ce n'est là qu'une hypothèse, et il n'y avait évidemment, dans le cas actuel, de ressource que dans l'amputation.

M. Giralès. L'étude attentive de tous ces faits est d'une importance capitale, car ils tendent à limiter et à mieux préciser les cas d'emploi de la compression. Les chirurgiens irlandais pensent qu'elle doit être réservée aux anévrysmes circonscrits.

NOTE SUR UN CAS DE VICE DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES CHEZ LA FEMME, par M. A. FOVILLE, interne des hôpitaux.

Une femme âgée de quarante-huit ans, bien réglée depuis dix-huit jusqu'à quarante-sept ans, n'ayant jamais eu d'enfant, et affectée d'une paralysie incomplète du mouvement du côté droit du corps depuis l'âge de vingt-deux ans, entra le 44 janvier 1856 à la Pitié, dans le service de M. Noël Gueneau de Mussy.

Elle était amenée à l'hôpital par suite d'une aggravation considérable survenue depuis dix jours dans les symptômes de paralysie. Cette malade présentant en outre, surtout à la face, une teinte d'un jaune terne suspect, M. Noël Gueneau de Mussy crut qu'il pouvait bien y avoir chez elle quelque organe interne affecté de cancer, et voulut s'assurer par le toucher de l'état du col utérin ; mais, se trouvant arrêté dans ses recherches, la malade fut découverte, et l'on put constater alors que la vulve manquait, et que toute la région située entre l'anus et la symphyse des pubis était recouverte par de la peau, interrompue seulement un peu en avant de l'anus par un orifice trop étroit pour admettre le petit doigt. C'est par cet orifice que sortait l'urine et que s'était écoulé le sang des règles pendant toute la période menstruelle.

Nous savions déjà que cette femme n'avait jamais eu d'enfant ; il était évident qu'elle était vierge. J'aurais désiré savoir si elle avait jamais éprouvé des désirs vénériens ; mais je ne pus lui faire comprendre mes questions sur ce sujet.

Elle mourut le 31 janvier des progrès de son affection cérébrale, et l'autopsie ayant été pratiquée le lendemain, j'enlevai avec soin tous les organes pelviens, avec les branches horizontales et ascendantes des pubis séparées du bassin par un trait de scie au niveau des trous obturateurs, et toute la peau depuis le coccyx jusqu'au-dessus de la symphyse pubienne. Telle est la pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, pièce sur laquelle on peut constater les anomalies suivantes :

A l'extérieur, à 2 centimètres en avant de la marge de l'anus, normalement placé, se trouve une fente verticale longue de 1 centimètre. En écartant ses bords, naturellement appliqués l'un contre l'autre, on voit, à une profondeur de 5 à 6 millimètres, un orifice

circulaire à peine assez large pour admettre l'extrémité d'une sonde de femme. A partir de cette fente jusqu'à la symphyse des pubis, il n'y a qu'une peau se continuant parfaitement avec celle du ventre et celle des fesses, et couverte de poils qui, peu abondants même à la partie la plus élevée de cette région, sont très rares sur les côtés et manquent complètement sur la ligne médiane, dans une hauteur de 5 centimètres et une largeur de 5 millimètres. En cet endroit, la peau forme une bande lisse, unie, plus fine et plus blanche que sur les côtés, limitée latéralement par quelques poils espacés et par une série de plis bien marqués, mais nullement cicatriciels, dirigés en haut et en dehors comme les barbes d'une plume. Cette bande forme une sorte de raphé médian, terminé en haut par une surface plane et élargie, et en bas par une petite saillie verticale faisant un relief peu marqué en avant de l'orifice pré-anal.

En étudiant la disposition des organes internes de la génération, on les trouve constitués d'une manière tout à fait normale. Il y a de chaque côté un ovaire couvert de nombreuses cicatrices et une trompe également réguliers.

L'utérus, haut de 9 centimètres et large de 5 supérieurement, est légèrement antéfléchi; la portion vaginale de son col, au lieu d'être conique et percée d'un orifice circulaire, comme cela a lieu d'ordinaire chez les femmes vierges, est aplati d'arrière en avant et présente un orifice transversal sans aucune cicatrice.

Le vagin spacieux, sillonné de replis muqueux très marqués et très nombreux, surtout inférieurement, se rétrécit brusquement comme une bourse pour se terminer à l'orifice circulaire que nous avons mentionné comme faisant suite à la fente externe. Jusque immédiatement en arrière de cet orifice, il est parfaitement libre et ne présente aucune trace de caroncules myrtiliformes ni d'hymen. A 4 centimètre en arrière de l'orifice extérieur du vagin, la paroi antérieure de celui-ci est perforée par l'urèthre, qui s'y ouvre obliquement par un mamelon saillant et déchiqueté, et présente sa longueur ordinaire de 3 à 4 centimètres. La portion de la paroi antérieure du vagin comprise entre l'orifice externe de celui-ci et le méat urinaire est tapissée d'une muqueuse qui a tous les caractères du reste de la muqueuse vaginale, sans aucune trace de tissu fibreux ni cicatriciel.

La dissection des couches profondes de la région ano-pubienne, faite avec grand soin par M. U. Trélat, secrétaire actuel de la Société, nous a fait voir dans la disposition des parties cachées des organes génitaux externes une régularité presque aussi parfaite que celle que nous avons signalée dans les organes génitaux internes. En effet, immédiatement au-dessous des téguments, existe une masse cellulo-adipeuse oblongue, entourée d'une membrane fibreuse, semblable, en un mot, à la masse cellulo-fibreuse décrite par M. Broca dans l'épaisseur de la grande lèvre. Au-dessous, un feuillet fibreux, que l'on peut nettement isoler, s'insère au bord antérieur de la branche ischio-pubienne, et représente l'aponévrose superficielle du périnée. Plus profondément encore, il existe de chaque côté un corps érectile appliqué contre le bord interne de la branche ischio-pubienne, racine du corps caverneux du clitoris; on voit à sa surface quelques fibres nacrées appartenant à un muscle ischio-caverneux peu développé. Les deux corps caverneux se réunissent par leur extrémité supérieure de manière à former une arcade inscrite dans celle du pubis, et de leur angle de réunion part un prolongement, surtout fibreux, il est vrai, et peu vasculaire, qui s'étend inférieurement jusqu'à la saillie extérieure signalée au-dessus de l'orifice préanal. Ce prolongement et cette saillie offrent donc les rapports et la forme d'un clitoris peu développé; mais, au lieu d'être composés de tissu érectile, ils sont formés par un tissu fibreux très dense, presque lardacé, qui se confond avec les abords de l'ouverture extérieure, constitués de même. Au même niveau, se trouve de chaque côté du vagin un autre corps érectile à peine gros comme une amande ordinaire, corps recouvert par l'extrémité inférieure de la racine du corps caverneux du clitoris, avec lequel il communique par le réseau intermédiaire, en embrassant lui-même latéralement le canal de l'urèthre. C'est, on le voit, le bulbe du vagin; seulement ses proportions sont fort réduites, et au lieu d'embrasser complètement l'origine de ce conduit, il ne recouvre que la partie supérieure de ses côtés. La glande vulvo-vaginale n'a pas été retrouvée; j'ai déjà mentionné l'absence complète d'hymen et de caroncules myrtiliformes.

Cette pièce nous offre donc un exemple de vice de conformation des organes extérieurs de la génération chez la femme, exemple

qui, remarquable en lui-même, nous semble l'être surtout par sa rareté.

En effet, dans les recueils que j'ai pu consulter à cet égard, on trouve un nombre considérable d'anomalies de la vulve; mais toutes diffèrent plus ou moins du cas que nous avons sous les yeux. Presque toujours on signale soit un rétrécissement considérable de l'orifice du vagin, soit même son absence; ou bien ce conduit, privé d'orifice distinct, s'abouche tantôt dans la vessie, ou l'urèthre, tantôt dans le rectum laissant cette voie détournée à la fécondation, comme on le voit signalé par Louis dans une thèse qui suscita contre lui les orages universitaires en plein XVIII^e siècle; mais en même temps les grandes et petites lèvres, le clitoris, le vestibule, existent comme à l'état normal, ou du moins les auteurs ne signalent pas leur absence, ce qu'ils n'auraient pas manqué de faire s'ils l'avaient rencontrée. Il est à peine nécessaire de faire remarquer que notre fait est également éloigné de tous ceux qui sont rangés à tort ou à raison dans les diverses classes d'hermaphrodisme. Notre malade, en effet, manquait de certains attributs de la femme, mais elle n'avait aucun de ceux du sexe masculin.

Boyer mentionne comme assez fréquente une disposition analogue à celle que nous avons ici sous les yeux. « Il n'est pas rare, dit-il, de voir des femmes chez lesquelles il n'existe presque aucune trace des parties externes de la génération, à l'exception d'un clitoris très petit et d'une ouverture qui donne passage à l'urine; au-dessous de cette ouverture, commence un raphé qui se prolonge jusqu'à l'anus (t. X, p. 343). » C'est, à peu de chose près, ce que nous observons ici, et il faudrait mettre notre pièce à côté de ces cas si Boyer n'ajoutait immédiatement: « Il existe en même temps chez ces femmes des vices d'organisation dans les parties intérieures. » Ce qui vient établir tout de suite une distinction complète.

J.-L. Petit signale un fait beaucoup plus rapproché du nôtre. « J'ai vu, dit-il, une fille de quatre ans qui était venue au monde n'ayant ni urèthre, ni nymphe, ni clitoris; elle avait un vagin assez large, mais n'ayant point d'urèthre, ou du moins la partie de ce canal où se trouve le sphincter manquant, elle rendait involontairement ses urines. » Ici, à côté de certains points de contact, absence de nymphes et de clitoris, se trouvent des différences bien

marquées : l'orifice spacieux du vagin et l'absence d'urèthre déterminant l'incontinence de l'urine.

L'article VAGIN de Mérat, dans le *Dictionnaire* en 60 volumes, renferme un fait du même genre, qui, bien que manquant de détails, à certains égards, paraît très analogue au nôtre. Voici cette observation, qui lui est fournie par le docteur Champion : « Il existe à Bar-le-Duc une femme mère de trois enfants nés heureusement, dont le vagin s'ouvre au périnée près de l'anus; l'ouverture est transversale. Dans l'espace ordinairement occupé par la fente des grandes lèvres, on observe la peau du pénil, qui se prolonge jusqu'à l'embouchure du vagin. Le premier accouchement fit craindre la rupture du périnée; cette crainte ne se confirma pas; la sortie de l'enfant fut même facile. » Ici nous voyons mentionnée d'une manière non équivoque la coïncidence d'organes internes de la génération normaux avec l'absence de l'appareil extérieur; les seules différences que nous ayons à signaler sont la direction transversale de l'orifice du vagin et l'absence de détails sur la disposition de l'urèthre; mais il est probable qu'elle se rapprochait de celle que présente notre pièce.

Mérat cite encore, à l'article VULVE du même dictionnaire, un fait qui se rapprochait peut-être du nôtre; mais il est rapporté en termes tellement étrangers au langage chirurgical, que nous nous contenterons de le transcrire sans chercher à l'interpréter, ni même à le comprendre. « Sur la plainte d'un homme contre sa femme, pour avoir trouvé des obstacles invincibles à la consommation du mariage, le juge ordonne une visite. On trouva l'orifice externe fermé par une chair solide et naturelle, ayant seulement un trou à peine assez grand pour admettre une sonde ordinaire; elle fut réputée inhabile à la génération. Nonobstant cela, elle devint enceinte; on lui coupa cette chair qui avait deux travers de doigt d'étendue et un demi-pouce d'épaisseur. (*Bibl. raisonnée de médecine*, t. XVI, art. IMPERFECTION). »

Tels sont les quelques faits qui semblent se rapprocher le plus du nôtre. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, dans son *Traité de tératologie*, ne fait que rapporter incomplètement le fait du docteur Champion que nous avons transcrit plus haut, et les *Bulletins de la Société anatomique*, ce répertoire si riche, ne mentionnent aucune pièce de ce genre.

Mais à côté des anomalies congénitales de la vulve, nous devons ranger les anomalies acquises, dues surtout à des cicatrisations vicieuses, soit à la suite de ruptures survenues dans le travail de l'accouchement, soit à la suite d'autres accidents, tels que gangrènes de la vulve, ulcérations syphilitiques, pustules ulcérées de variole, etc., etc. Dans toutes ces circonstances, les deux lèvres de la vulve, se correspondant par des surfaces ulcérées en contact, peuvent contracter des adhérences qui obturent plus ou moins complètement les orifices du vagin et de l'urèthre, et présentent des obstacles à l'émission des urines, à l'écoulement des règles, à l'accomplissement du coït ou au travail de l'accouchement.

Le cas dont nous nous occupons en ce moment pourrait-il rentrer dans cette catégorie ? C'est une idée qui se présente tout de suite à l'esprit, en voyant la bande blanche et dépourvue de poils que nous avons signalée sur la ligne médiane de la région ano-pubienne de notre pièce, et que l'on est tenté de prendre pour une cicatrice. Je ne crois pourtant pas que l'on puisse admettre que cette disposition soit acquise, au moins pendant la vie extra-utérine. Et d'abord, il n'est pas admissible que nous ayons affaire à une cicatrice survenue à la suite d'un accouchement. Dans les cas de ce genre, en effet, la partie cicatrisée est toujours la fourchette ; celle-ci peut remonter plus haut qu'à l'état normal, mais en respectant les parties supérieures de la vulve. Ici, au contraire, la fourchette est seule à sa place, et ce sont tous les organes situés au-dessus qui sont recouverts par la peau, plutôt qu'ils ne manquent réellement. Il est une autre particularité qui pourrait faire croire à un accouchement antérieur : c'est la forme aplatie d'avant en arrière du col de l'utérus et la direction transversale de son orifice. Mais, au lieu de voir là une raison suffisante pour admettre une opinion que des arguments plus forts doivent faire repousser, nous croyons qu'il faut y trouver un motif pour ne pas regarder la forme attribuée à ces organes chez les femmes vierges comme constante, mais seulement comme se rencontrant dans la grande majorité des cas. Si c'était une affection gangréneuse, même de la plus tendre enfance, ou quelque autre accident analogue qui eût amené l'occlusion de la vulve, nous aurions une cicatrice présentant des brides, des irrégularités plus ou moins marquées. Nous trouvons, au contraire, une bande mince, étroite, verticale, mobile sur les tissus sous-jacents, et par-

tageant la région en deux parties parfaitement symétriques. Si l'on considère, avec nous, la disposition que présente notre pièce comme congénitale, il reste à se demander si elle consiste en un simple arrêt de développement ou en un travail morbide de la vie intra-utérine. La première idée ne nous paraît pas compatible avec les notions que l'on a aujourd'hui sur le développement des divers organes du corps humain par deux moitiés symétriques et latérales qui, d'abord divisées sur la ligne médiane, se soudent successivement. Il nous paraît plus vraisemblable de supposer, et c'est l'hypothèse que nous demandons à émettre à la fin de cette note, que cette disposition doit tenir à une adhérence survenue pendant la vie intra-utérine entre les deux replis des téguments occupant primitivement la région pubio-coccygienne et représentant les organes génito-urinaires dans les fœtus des deux sexes, adhérence ayant formé une sorte de voile au-devant d'organes primitivement bien constitués, qui, ainsi cachés et soustraits à leurs excitants physiologiques, ne se seraient qu'imparfaitement développés pendant l'évolution complète de l'individu.

Ont été nommés membres adjoints : MM. MOYSANT, CHARNAL, RICHARD-MAISONNEUVE, LHONNEUR, LEFORT, FLEUROT.

Ont été exclus de la Société : MM. TESSIER, GABALDA, FRÉDAULT, JOUSSET, MILCENT, OZANAM.

XXXI^e ANNÉE. — MARS 1856.

SOMMAIRE. — 1. Tumeur de la cuisse, amputation. — 2. Côte surnuméraire. — 3. Corps étrangers dans l'arthrite sèche. — 4. Kyste des parois du vagin. — 5. Kyste séreux, abcès métastatiques du rein. — 6. Altération remarquable du cœur chez un homme atteint de cancer de l'estomac. — 7. Anomalies artérielles. — 8. Tumeur du testicule. — 9. Fracture directe de l'extrémité supérieure du tibia. — 10. Luxation coxo-fémorale, suite d'une très ancienne coxalgie. — 11. Cancer de l'estomac sans symptômes pendant la vie. — 12. Calculs rénaux. — 13. Tumeur érectile de l'orbite. — 14. Vésicule biliaire et bile des foies gras. — 15. Œuf abortif, hémorrhagies dans les membranes. — 16. Hypertrophie de la prostate, abcès, calcul vésical, déchirure de l'urèthre. — 17. Tumeur épithéliale du maxillaire inférieur. — 18. Cancroïde de la verge. — 19. Anévrysme de la crosse de l'aorte.

OBSERVATIONS. — Rachitisme au troisième degré, tubercules du poumon, par M. Fréron; discussion. — Deux observations de tumeurs déclarées épithéliales, et ayant consécutivement infecté toute l'économie, par MM. Topinard et Rocques.

PRÉSIDENTE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. E. Nélaton montre une volumineuse tumeur de la cuisse, pour laquelle M. le professeur Nélaton a dû pratiquer l'amputation au tiers supérieur du membre.

Une jeune femme de trente-deux ans, bien constituée et jusqu'à bien portante, vit se développer, depuis deux mois et demi, sur la partie antérieure de la cuisse, une tumeur qui prit un rapide accroissement, sans jamais causer aucune douleur. Tout récemment la malade vint à Paris réclamer les conseils et les secours qui lui faisaient défaut dans son pays.

La tumeur s'étendait alors depuis les condyles du fémur jusqu'à sa partie moyenne, et lui adhérait intimement; son épaisseur était de 48 centimètres vers le milieu. Elle occupait toute la circonfé-

rence du membre, qui était renflé et offrait en ce point une certaine rénitence. Les téguments étaient sains ; la partie antérieure et médiane laissait percevoir une fluctuation vague et profonde. Une ponction exploratrice pratiquée sur le point fluctuant ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang.

On diagnostiqua une tumeur cancéreuse ; en conséquence, la cuisse fut amputée.

La tumeur est de toutes parts entourée par les muscles de la cuisse refoulés à sa périphérie ; elle adhère, quoique assez légèrement, à la diaphyse fémorale, qui présente son épaisseur et sa structure normales. En avant et en bas, existe une perforation de l'os, large de 2 à 3 centimètres de diamètre, à travers laquelle le tissu accidentel pénètre dans le canal médullaire, où il se prolonge jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, et où il semble avoir débuté.

M. Robin, qui a étudié cette tumeur, n'y a trouvé que des éléments normaux de la moelle, c'est-à-dire des noyaux de médullocelles.

M. Foucher montre plusieurs pièces :

2. Une côte surnuméraire, longue de 6 à 7 centimètres, existe au-dessus de la première côte, du côté gauche ; elle s'articule très complètement avec l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale : ce n'est donc pas une apophyse transverse développée outre mesure. Cette anomalie existait chez le sujet où M. Foucher nous a fait voir, dans la dernière séance, une irrégularité d'origine des gros vaisseaux du cou.

3. Une articulation du coude atteinte d'arthrite sèche et contenant des corps étrangers. En certains points, le cartilage est détruit ; la cupule radiale en est complètement dépourvue, sa surface est éburrée. Un des corps étrangers, libre d'adhérences, est situé au niveau de l'épitrachée, l'autre repose dans la fossette olécraniennne. Le dernier présente une particularité remarquable : il est pédiculé ; son pédicule mince, cellulaire, adhère à un petit fragment de car-

tilage rectangulaire de 4 à 5 millimètres de large sur 8 à 9 millimètres de long. Ce fragment est arraché ; on peut parfaitement le rétablir dans une excavation correspondante à ses dimensions. C'est en faisant opérer une désarticulation du coude que M. Foucher a rencontré ces altérations.

MM. Houel et Giraldès s'accordent à penser que cet arrachement insolite d'une portion du cartilage s'explique par le fait de la désarticulation du coude. C'est, en effet, ou une violence trop considérable dans le mouvement de luxation, ou la pointe du couteau qui aura déterminé l'arrachement.

4. Un kyste de la paroi latérale du vagin, du volume d'une amande. Il est situé dans la moitié inférieure du conduit, et ne fait aucune saillie à sa surface interne ; il est placé sous la muqueuse, et peu tendu. Ces kystes sont peu connus et peu étudiés ; M. Foucher ignore si l'on en a cité d'autres cas.

5. M. Tarnier fait voir deux reins renfermant, le premier un kyste séreux, l'autre des abcès métastatiques.

Le premier provient d'une femme morte de métrite suppurée ; il existait un petit foyer dans l'épaisseur de l'utérus et une parotide purulente : du reste, pas d'abcès métastatique en aucun point. Ce n'était donc pas de l'infection purulente. Le rein contenait un kyste du volume d'une noisette, cloisonné et renfermant de la sérosité ; il était placé à la base du bassin et vers sa partie inférieure.

La seconde pièce a été trouvée chez une femme qui a succombé à une infection puerpérale. Il y avait des abcès métastatiques dans le poumon et dans les reins des deux côtés. L'un des reins en renferme quatre ou cinq, dont deux ont un aspect tout particulier ; leur contenu est grisâtre, épais, et rappelle l'apparence du tubercule ; mais, avec un peu d'attention, et en tenant compte de la présence d'autres foyers purulents, on ne saurait conserver aucun doute.

M. Charrier. Il est rare de trouver des abcès du rein à la suite de l'infection puerpérale. Ces organes sont tantôt pâles et exsan-

gues, tantôt hyperémiés; mais ils ne contiennent pas de foyer. Je n'ai observé cette circonstance qu'une dizaine de fois, pendant mes deux années de séjour à la Maternité.

6. M. Millard présente un cœur atteint d'altérations remarquables, trouvé chez un individu mort de *cancer de l'estomac*. Un homme âgé de trente-deux ans entre, le 2 janvier 1856, à l'Hôtel-Dieu, présentant tous les signes rationnels du cancer de l'estomac : teint caractéristique, maigreur croissante, vomissements, douleur vive et localisée, qui s'étaient montrés depuis deux mois et demi. Au bout d'un mois, le 30 janvier, on constate par la palpation l'existence d'une tumeur dure, irrégulière et douloureuse qui siège au pylore. Aucun signe de tuberculisation, rien du côté du cœur. Enfin, le malade, réduit à la plus extrême maigreur, succombe le 2 mars.

A l'autopsie, on trouve une tumeur occupant exactement le pylore, fongueuse, rougeâtre et molle à sa surface, blanche et dure à l'intérieur; elle fait saillie dans le duodénum, et rétrécit le pylore, qui laisse à peine passer le petit doigt. La tunique musculuse de l'estomac est manifestement hypertrophiée : elle contient plusieurs plaques irrégulières très dures au toucher. Un grand nombre de ganglions volumineux, indurés et d'aspect cancéreux, garnissent les deux courbures de l'estomac auprès du pylore et du duodénum, en faisant corps avec la tumeur principale. Un seul de ces ganglions est rempli d'une matière jaune et granuleuse, qui paraît être du tubercule cru.

Le foie présente un certain nombre de noyaux isolés et disséminés dans son épaisseur, d'un volume qui varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une petite pomme.

Enfin, à la surface du cœur existent des productions accidentelles fort curieuses. La cavité du péricarde a complètement disparu, par suite d'adhérences intimes entre ses deux feuillets. Le cœur est recouvert, sur ses deux faces, de petites saillies mamelonnées, très dures au toucher. Ces productions forment à la surface de l'organe un revêtement complet, épais de plusieurs millimètres, et n'envahissent pas les fibres musculaires. En enlevant le feuillet viscéral du péricarde, ces tumeurs se présentent à nu avec

une couleur jaune striée de blanc, qui rappelle celle de la graisse. Rien à l'intérieur du cœur.

L'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire, l'infundibulum, la bifurcation de la trachée, les bronches et les veines pulmonaires, sont entourés par une masse considérable soit de tissu de nouvelle formation, soit de ganglions dégénérés. Quelques-uns d'entre eux sont manifestement tuberculeux, et présentent à leur intérieur des points crétacés. La majorité se rapproche de l'aspect du cancer.

M. Dufour a examiné la pièce au microscope; mais son état avancé ne lui a pas permis de se prononcer nettement. D'autre part, M. Cruveilhier a de la tendance à admettre du tubercule. Il est donc prudent de rester à cet égard dans une sage réserve.

7. M. Cavasse montre deux anomalies artérielles :

1° Une pièce sur laquelle les deux carotides naissent par un tronc commun situé à la place du tronc brachio-céphalique. La sous-clavière gauche était normale et remplaçait l'origine de la carotide gauche; la sous-clavière droite, naissant à la place de la gauche, passait entre l'œsophage et la colonne vertébrale, pour regagner son trajet régulier.

2° Une anomalie de plusieurs branches de l'aorte abdominale. Les deux artères diaphragmatiques inférieures naissent par un tronc commun, en avant de l'aorte, à la place normale. La coronaire stomachique vient directement de l'aorte, à 4 centimètre au-dessous du tronc précédent. L'aorte donne naissance, 5 millimètres plus bas, à un gros tronc qui représente le tiers de son volume. Le tronc se dirige en avant et se bifurque promptement. L'une des branches se porte en arrière du pancréas : c'est la mésentérique supérieure; l'autre se divise en splénique et en un rameau hépatique, qui fournit au lobe gauche du foie, au pylore et à la grande courbure de l'estomac. Une autre branche hépatique vient de la mésentérique inférieure, et fournit au lobe droit et à la vésicule du fiel.

Les deux rénales naissent plus haut que de coutume; leur trajet est très oblique en bas et en dehors.

Sur le même cadavre, on trouvait deux thyroïdiennes supérieures du côté gauche.

L'ouvrage de M. Dubreuil ne renferme qu'un très petit nombre d'anomalies du tronc cœliaque, et encore aucune d'elles n'est-elle absolument semblable à celle-ci.

M. Monceau présente à la Société deux pièces pathologiques :

S. A. *Une tumeur du testicule.*

Un militaire s'aperçut, en 1852, que son testicule droit augmentait de volume en même temps qu'il était le siège de quelques douleurs lancinantes. Cet homme partit néanmoins pour le Sénégal. Il y éprouva de grandes fatigues, et dut entrer pendant quelque temps à l'hôpital, où on lui fit des applications de sangsues et des frictions mercurielles qui calmèrent un peu la souffrance. A son retour à Paris, ce malade est incorporé dans un régiment de la garde; il portait alors une tumeur grosse comme les deux poings. Quoique désigné par le chirurgien de son régiment pour être réformé, il dut rester sous les drapeaux, et continua son service pendant un an, éprouvant des douleurs fréquentes et y remédiant de son mieux par le repos et un suspensoir bien appliqué. Enfin, le 31 janvier dernier, il fut envoyé à l'hôpital du Gros-Caillou, et se présenta dans l'état suivant :

Taille élevée, bonne constitution; mais, depuis quelques mois, amaigrissement, pâleur, teint terreux, sclérotiques bleuâtres, gencives saignantes, épistaxis fréquentes. Rien du côté des organes de la respiration et de la digestion.

Au côté droit des bourses, on trouve une tumeur de 43 centimètres de circonférence et de 27 centimètres de hauteur, ovoïde, qui remonte jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, sans adhérence à la peau, qui n'a pas changé de couleur et laisse voir par transparence des lacis veineux très développés. Le toucher, fait avec soin, révèle de l'élasticité et cette fluctuation particulière aux cavités à parois épaisses fortement distendues par du liquide. Pas de transparence en aucun point. Le malade n'éprouve pas de douleurs tant qu'il reste au lit; mais elles se produisent après la marche et la station verticale. Il est impossible de retrouver aucune trace de testicule du côté malade. Le testicule gauche est parfaitement

intact. La tumeur a envahi la peau de la verge, qui semble beaucoup plus courte. Il existe quelques ganglions un peu gros dans les deux aines.

Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, il n'y avait aucun changement ; peut-être même la tumeur s'était-elle légèrement accrue.

Le 5 mars, le malade est opéré. Le chirurgien pratique à la partie antérieure de la tumeur une petite incision de 4 centimètres qui donne issue à de la sérosité brunâtre avec des flocons décolorés ressemblant à d'anciens caillots. Le doigt, promené dans la poche, recherche le testicule. On croit le sentir en haut et en arrière ; mais cette masse, un peu plus dure, n'était qu'une loge distincte du premier kyste, loge qui se vide par la pression et laisse écouler le même liquide que précédemment. On se décide à enlever la tumeur dans sa totalité, en ménageant avec soin les paquets variqueux situés en arrière. Le cordon, parfaitement sain, est lié en masse.

La tumeur présente le volume d'un œuf d'autruche ; elle pèse près de 900 grammes. Elle est constituée, dans sa presque totalité, par un vaste kyste hématique à parois épaisses, recouvertes de caillots sanguins à différents degrés d'ancienneté et de désorganisation. En bas, une très petite portion est formée par une substance blanche, molle et se déchirant avec la plus grande facilité. Cette partie de la tumeur n'est séparée du reste que par une trame celluleuse très mince.

Une dissection attentive montre que la tunique vaginale adhère à elle-même et à la tunique albuginée d'une manière très intime à la partie inférieure, mais qu'en haut elle constitue cette petite cavité secondaire vidée par la pression. Le kyste principal siège à l'intérieur de l'albuginée, à la place du testicule, dont on ne trouve plus de traces, à moins que l'on ne considère cette masse blanche et molle comme le testicule lui-même. Les parois du kyste présentent des anfractuosités profondes, et sont extrêmement épaisses.

MM. Robin et Lorain ont examiné la tumeur au microscope. Ils ont trouvé les éléments caractéristiques du cancer dans la masse inférieure, et mêlés avec le liquide du kyste. D'autre part, quelques traces de tubes séminifères accolés aux parois, et des globules sanguins en partie détruits ou déformés.

Cinq jours après l'opération, le malade était dans un état très satisfaisant. Suppuration modérée, sommeil, appétit.

9. B. *Une fracture de l'extrémité supérieure du tibia par un coup de pied de cheval.*

On apporta, le 9 février, à l'hôpital du Gros-Caillou, un cuirassier de la garde qui avait reçu, dans la matinée, un coup de pied de cheval sur le tibia gauche. Au niveau de la tubérosité tibiale, existait une vaste ecchymose avec plaie d'une étendue de 2 centimètres. Au fond de celle-ci, on pouvait sentir les inégalités d'une fracture; mais il n'y avait ni crépitation, ni mobilité, ni déplacement.

Au bout de quelques jours, les parties fortement contuses se mortifiaient et constituaient deux eschares, l'une en avant, l'autre en dedans du tibia. La jambe était œdématisée. Suppuration modérée.

Vers la fin du mois, la suppuration devint très abondante, saignuse et fétide: il y eut en même temps des frissons suivis d'une fièvre intense, des douleurs vagues, surtout aux parois thoraciques. Le blessé succomba le 5 mars.

L'autopsie du membre fit voir que la veine fémorale et la saphène interne contenaient des caillots rubanés, blancs, non adhérents aux parois; qu'au voisinage de l'articulation on trouvait du pus dans ces mêmes vaisseaux.

Les muscles de la partie interne de la cuisse sont profondément altérés; ils sont friables et d'une couleur verdâtre.

Autour de l'articulation, qui est remplie de pus, on trouve plusieurs petits foyers sanguins et purulents.

Le tibia est fracturé obliquement en bas, en avant et en dedans. La fracture commence en arrière, à 3 centimètres de l'interligne articulaire, descend obliquement vers le bord interne, et se termine à 5 centimètres au-dessous de la tubérosité tibiale, par une ligne dentelée horizontale. En ce point, et sur une largeur d'une pièce de 4 franc, se voit une ostéite qui atteint toute l'épaisseur du tissu compacte.

Les ligaments péronéo-tibiaux sont rompus, et l'articulation ouverte.

Les deux fragments, et surtout le supérieur, sont remplis de sang et de pus infiltrés dans les mailles du tissu spongieux.

Il est probable que, dans ce cas, c'est la phébite du tissu spongieux qui a été le point de départ de tous les accidents.

On n'a pas ouvert les cavités viscérales.

10. M. Cavasse fait voir à la Société une luxation de l'articulation coxo-fémorale, à la suite de coxalgie datant de soixante ans.

Une vieille femme, Marguerite Kop, est entrée à l'hôpital de la Pitié, le 2 mars, avec des symptômes d'étranglement herniaire qui duraient depuis vingt-quatre heures. C'était une hernie crurale à droite. L'opération, jugée indispensable, a été pratiquée dans la soirée. Elle a été suivie de péritonite, et la malade est morte le 6 mars.

J'avais été frappé, pendant la vie, d'une déformation de la hanche gauche. La femme, interrogée à ce sujet, a répondu qu'à l'âge de quinze ans (elle en a maintenant soixante-seize) elle avait fait une maladie qui l'avait retenue au lit pendant un an; qu'elle avait beaucoup souffert de la hanche, et que, lorsqu'elle avait pu quitter le lit, sa jambe était plus courte que l'autre. La marche n'a été possible que longtemps après: la claudication a toujours persisté, bien qu'il n'y ait plus eu de douleurs.

Voici en quoi consiste la déformation:

Le membre inférieur gauche est dans une rotation complète en dedans; il est dans une adduction assez prononcée pour que la perpendiculaire à l'axe du bassin tombe en dehors du membre un peu au-dessous du genou. Le membre gauche croise le droit, en passant au-devant de lui. Il y a une déviation du bassin; l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade est abaissée et placée sur un plan antérieur à l'épine du côté opposé. Le grand trochanter, rapproché de la ligne médiane du tronc, est porté en arrière et plus près de la crête iliaque qu'à l'état normal.

Le membre, mesuré dans la position que nous venons de décrire, est plus court de 6 centimètres.

Les seuls mouvements que l'on puisse faire exécuter se bornent à un léger glissement d'avant en arrière.

A l'autopsie, j'ai trouvé les altérations suivantes, que je mets sous les yeux de la Société:

Du côté du fémur, au lieu de tête, il y a une surface articulaire, à peu près circulaire, ayant 6 centimètres et demi de diamètre. Cette surface est légèrement convexe; elle se confond en bas avec une autre surface plus petite, concave de haut en bas, convexe d'avant en arrière. Cette dernière facette comprend l'espace qui sépare le col du fémur du petit trochanter, qui a presque complé-

tement disparu. Le col du fémur est raccourci, mais il a une épaisseur plus grande.

Sur l'os iliaque, on trouve des surfaces articulaires analogues, mais dont la disposition est inverse : une grande surface légèrement concave, et au-dessous, une surface plus petite, convexe de haut en bas, concave d'avant en arrière ; la grande facette est située presque en entier dans la fosse iliaque externe. Ces surfaces articulaires sont constituées par un tissu osseux, très dense, faisant saillie au-dessus de l'os iliaque normal. Ainsi que celles du fémur, elles sont privées de cartilage d'encroûtement. Elles constituent une espèce d'articulation par emboîtement réciproque.

Par la gouttière sous-cotyloïdienne, qui est conservée et qui est transformée en trou par du tissu fibreux, on arrive dans une cavité anfractueuse remplie de graisse, représentant l'ancienne cavité cotyloïde, et comprise entre la table interne de l'os iliaque, parfaitement intacte, et le tissu osseux de nouvelle formation. Pas de trace du ligament rond. La capsule, très épaisse, s'insère autour des surfaces articulaires, qu'elle applique fortement l'une contre l'autre. Il existe en dedans de la capsule, au pourtour des surfaces articulaires, mais seulement en haut et en arrière, du tissu cartilagineux avec des points d'ossification : c'est le bourrelet cotyloïdien. Les tendons des muscles pelvi-trochantériens sont aplatis et confondus avec la capsule articulaire.

Je pense que nous avons affaire à une luxation incomplète survenue à la suite de la coxalgie. Par un travail inflammatoire ultérieur, du tissu osseux a été sécrété, et les surfaces se sont formées telles que nous les voyons aujourd'hui.

M. Sée pense que toutes les lésions qu'on observe sur la pièce de M. Cavasse, aplatissement de la tête fémorale, raccourcissement du col, formation d'une nouvelle surface articulaire en haut et en arrière du cotyle, doivent être rapportées à la coxalgie.

M. Bauchet. Un fait remarquable ici, c'est la persistance de la cavité cotyloïde, qu'on retrouve comblée par des masses cellulograisseuses, en bas et en avant de la surface articulaire anormale. Il n'en est pas ainsi dans l'arthrite sèche, où l'on voit d'habitude le cotyle s'étirer, s'allonger en suivant le développement progressif de la tête fémorale.

M. Broca. L'arthrite sèche n'est pas une lésion *sut generis* ; elle peut parfaitement coïncider avec d'autres états pathologiques ou leur succéder. Dans le cas actuel, il y a eu une coxalgie qui probablement a déterminé la luxation ; puis, cette coxalgie guérie, il s'est produit là une arthrite chronique, une arthrite sèche dont nous voyons ici tous les signes : destruction des cartilages, sécrétions osseuses irrégulières, éburnation des surfaces osseuses articulaires.

M. Guyot montre deux pièces :

11. A. *Un cancer de l'estomac* qui occupe toute la petite courbure de cet organe, et fait saillie dans son intérieur.

Un homme de cinquante-huit ans entra à l'hôpital le 8 mars. Il était faible, avait des palpitations, de l'œdème général et une ascite très considérable. Depuis six semaines, un peu de diarrhée. A aucune époque il n'avait eu de vomissements, jamais de douleurs dans la région épigastrique. Cette absence complète de signes caractéristiques est un fait très remarquable que divers observateurs ont déjà signalé.

12. B. *Des calculs rénaux.*

Un malade, âgé de soixante-deux ans, entra à l'hôpital avec de l'ascite et de l'œdème envahissant presque toute la surface du corps. Depuis 1832, ce malade portait une tumeur scrotale réductible, qui, dans ces derniers temps, semblait avoir beaucoup augmenté de volume. La miction était rare et pénible. Le malade meurt. — La tumeur scrotale était un ancien sac herniaire vide, qui avait probablement contenu de l'épiploon (celui-ci était réuni en masses, en pelotons, dans plusieurs points de l'abdomen). Vers le fond du sac existait une petite plaque jaunâtre un peu déchiquetée, qui était vraisemblablement la trace d'une adhérence rompue de l'épiploon. — La vessie était petite et contractée : elle ne renfermait pas de calculs. Il n'en existait pas dans l'uretère ; mais un des reins en contenait trois : deux d'entre eux irréguliers, analogues, pour la forme, à des branches de corail, et noirâtres à leur surface, remplissaient presque tout le bassin ; un autre, moins con-

sidérable, était placé dans un des calices. Il y avait tout autour un peu de pus.

Ce malade avait eu en outre une hypertrophie du cœur et un emphysème pulmonaire.

13. *M. Broca* fait voir une tumeur érectile de la cavité orbitaire. Cette tumeur a été enlevée par *M. Paris* (de Lille). Elle est d'une couleur rouge louche, lobulée; quelques sombre ne sont même retenus que par des pédicules cellulux. A la coupe, on observe des portions plus foncées en couleur, d'un aspect réticulé qui rappelle parfaitement le bulbe de l'urèthre; d'autres, plus claires, presque rosées, un peu plus compactes, mais ayant la même disposition fondamentale, les mêmes aréoles vasculaires. Il ne semble donc pas douteux que ce soit une tumeur érectile. Il y a là, cependant, une circonstance gênante, en ce qu'elle est en désaccord avec les renseignements, du reste très insuffisants, que donnent les auteurs à cet égard : c'est la circonscription nette et franche de la tumeur, circonscription si nette, qu'on n'a eu à faire qu'une seule ligature d'artère pour arrêter l'hémorrhagie.

14. *M. Trélat* met sous les yeux de la Société un foie gras recueilli sur une femme tuberculeuse, et rappelle à ce sujet une présentation du même genre faite par *M. Nélaton* pendant le mois dernier, présentation au sujet de laquelle s'est élevée une discussion intéressante, quelques membres, voyant dans le liquide décoloré qui distendait la vésicule une hydropisie de ce réservoir, d'autres s'appuyant sur l'état d'intégrité et de perméabilité de tous les conduits biliaires, pensaient que ce liquide était un produit de sécrétion du foie, une bile contenant peu ou point de matière colorante. Dans la pièce présentée par *M. Trélat*, la vésicule, très dilatée, est remplie d'une bile jaunâtre, décolorée, filante comme une solution gommeuse; tous les conduits sont parfaitement libres. Je crois, dit notre collègue, que, dans ce fait comme dans celui de *M. Nélaton*, c'est un liquide sécrété par le foie, une bile moins colorée qu'à l'état normal qui remplissait la vésicule.

15. M. Blot. *L'œuf abortif* que je vous présente paraît âgé de quinze jours environ ; il n'a été expulsé que six semaines après le moment de la conception. Cet œuf ne contient pas d'embryon : c'est un œuf blanc. Quoique je ne retrouve pas les traces de l'embryon, il a dû exister, car les membranes se sont développées. On voit parfaitement sur cette pièce les lambeaux de la caduque pariétale. Vers le côté gauche existe un renflement gros comme une petite aveline, formé par la caduque ovulaire, sous laquelle on aperçoit le chorion, et au-dessous l'amnios, dans lequel on ne voit qu'un liquide transparent. On ne trouve pas de vésicule ombilicale. Or, à cette époque on peut déjà constater son existence. Je ferai remarquer encore l'absence des villosités choriales. Il y a eu ici mort et résorption de l'embryon, longtemps avant l'expulsion du produit de conception. M. Martin (de Lyon) a décrit les états par lesquels passent les fœtus, alors qu'ils ne sont expulsés qu'un certain temps après leur mort. Avant le troisième mois, ils peuvent se résorber, avant le cinquième mois ils peuvent se momifier, et, passé le cinquième mois, ils se présentent dans cet état improprement appelé putréfaction.

M. Blot fait remarquer dans la caduque une portion colorée en rose pâle, et une autre très rouge, sur laquelle se voit un caillot. Il y avait évidemment hémorrhagie de la caduque, et c'est à cette cause qu'il attribue la mort de l'embryon. Il pense qu'on peut attribuer à cette cause les huit dixièmes des avortements qui ont lieu pendant les premiers mois.

C'est entre la face interne du chorion et la caduque ovulaire, dans l'espace rempli par les villosités vasculaires du chorion, que ces hémorrhagies se produisent le plus souvent.

Dans un grand nombre de cas, et c'est ce qui a lieu chez la femme qui nous a fourni ce germe, l'œuf est expulsé à une époque menstruelle.

Ces faits ont une grande importance, non-seulement pour l'histoire de l'avortement, mais encore au point de vue médico-légal. Sans une dissection attentive, on ne pourrait les distinguer des faits dans lesquels, après un retard des règles, l'utérus expulse sa membrane muqueuse.

En résumé : 1° Dans les six à huit premières semaines, les hé-

morrhagies sont fréquentes dans l'épaisseur des membranes de l'œuf.

2° La mort de l'embryon en est la conséquence.

3° Comme dans le fait présenté par M. Blot, l'embryon peut se résorber, les villosités choriales s'atrophier, et la vésicule ombilicale disparaître complètement.

M. *Tarnier* rappelle qu'il y a deux ans, il a fait présenter par M. *Depaul* un fait d'hémorrhagie entre la caduque et le chorion. Depuis, il a eu occasion d'en voir un nouvel exemple. Il pense que le plus souvent ces germes ne sont rejetés que longtemps après la mort de l'embryon, mais que les membranes continuent à s'accroître.

M. *Blot*. Très souvent, mais non toujours, ces germes ne sont rejetés qu'un temps plus ou moins long après la mort de l'embryon, et, dans le cas que je présente, l'expulsion n'a eu lieu que dans la sixième semaine ; mais je pense que l'embryon est mort quelques jours après sa formation. (Voyez année 1855, p. 373, faits analogues.)

16. M. *Moyant* présente deux pièces.

A. *Hypertrophie de la prostate, abcès, calcul vésical, déchirure de l'urèthre.*

M. M..., âgé de soixante-quatorze ans, entre à la Maison de santé le 23 janvier 1856. Constitution robuste, santé excellente, malade depuis vingt mois seulement. Envies fréquentes d'uriner, douleurs vives au périnée, le long du canal, et surtout au niveau du gland, quand le malade rendait les dernières gouttes d'urine. Augmentation graduelle de ces phénomènes. Bientôt, au lieu de l'incontinence, rétention d'urine. Depuis huit jours (avant son entrée à la Maison de santé), rétention complète d'urine. Cathétérisme en ville. C'est à la suite d'un de ces cathétérismes, qui avait présenté quelques difficultés, que le malade rendit pour la première fois des urines sanguinolentes et qu'il éprouva deux frissons violents.

23 janvier. — Examen du malade. Par le toucher rectal on sent une augmentation considérable du volume de la prostate. Cathétérisme très facile avec une sonde de gomme élastique qu'on laisse à demeure. Écoulement d'urines claires et limpides. Le malade continue d'avoir des frissons ; il s'épuise rapidement. Bientôt il est

pris de délire et d'agitation vive la nuit. Gonflement subit et considérable des deux parotides le 27 janvier. Mort le 30 janvier.

Autopsie (2 février). La prostate est entourée d'un grand nombre d'abcès, développés seulement dans le tissu cellulaire périprostatique et non dans la glande elle-même. Un de ces abcès, du volume d'un œuf de pigeon, occupe la partie latérale droite de la prostate.

On ouvre la vessie et l'urètre sur la ligne médiane antérieure, et l'on fend la prostate. Voici ce qu'on trouve : Hypertrophie notable des parois vésicales ; rétrécissement de la cavité de la vessie ; aspect aréolaire de la face interne de cet organe. Dans la cavité de la vessie on trouve un calcul mûral du volume d'un œuf de pigeon, et hérissé d'un grand nombre d'aspérités.

Les lobes latéraux de la prostate sont très volumineux ; saillie et hypertrophie du col vésical, résultant de l'hypertrophie de la prostate. L'hypertrophie de cette glande est uniforme et égale dans tous ses points. Dans l'urètre, déchirure de 3 centimètres d'étendue, commençant à la portion bulbeuse en avant et se terminant en arrière sur la portion membraneuse. C'est sans doute à cette déchirure que sont dus ces abcès que nous avons vus se développer sur la prostate.

Incision des parotides. Elles sont infiltrées de pus, qu'on fait perler à la surface des sections quand on presse légèrement.

17. B. *Tumeur épithéliale du maxillaire inférieur ; opération par le procédé de J. Cloquet.*

M. D..., âgé de cinquante-quatre ans, ancien conducteur, entré le 6 mars 1856 à la Maison de santé. Constitution athlétique ; santé bonne habituellement. Il y a quatre mois seulement, il éprouva les premiers symptômes de la maladie actuelle. D'abord douleurs dans la portion gauche de la mâchoire inférieure. Il les attribue à un mal de dents. Les douleurs augmentent graduellement ; bientôt elles deviennent sourdes et continues. La mastication, et même les mouvements de déglutition sont devenus plus difficiles et très douloureux. Les gencives se gonflent, se ramollissent, saignent très facilement ; chute des dents. En même temps, développement d'une tumeur ganglionnaire à la partie supérieure du cou, sur le trajet

de la carotide. Chez lui, traitement insignifiant. Gargarismes, etc.

10 mars, opération, procédé de M. J. Cloquet. Première incision, partant de la commissure gauche des lèvres, et croisant la mâchoire en avant du masséter. Seconde incision, partant de la racine de l'arcade zygomatique, descendant derrière la branche du maxillaire inférieur, et venant rejoindre la première, avec laquelle elle forme un large V comprenant la joue. L'opération fut très simple, sauf la section du temporal, qui présenta quelques difficultés, à cause de la longueur énorme de l'apophyse coronéide. On lia l'artère faciale et quelques autres petites artérioles. Le malade perdit très peu de sang. Réunion par une suture entortillée. On enleva les épingles le troisième et le quatrième jour. Il resta une petite fistule par où s'écoula du pus pendant dix ou douze jours ; alors la fistule se ferma. On fit des injections d'eau dans la bouche pour laver la plaie. Le malade a guéri sans aucune espèce d'accident ; il serait très peu défiguré, s'il n'avait une paralysie faciale résultant de la section du nerf facial.

Après avoir bien disséqué la pièce et l'avoir fendue en deux parties, selon la longueur de l'os, on trouve que la dégénérescence occupe environ la moitié de la hauteur du maxillaire, depuis la symphyse jusqu'à la branche de la mâchoire.

La pièce et le ganglion sont examinés par MM. Robin et Luys ; ils n'ont trouvé que des cellules épithéliales.

18. M. Fournier présente un *cancroïde de la verge*.

Le nommé L... entre à l'hôpital du Midi le 15 janvier 1856.

C'est un homme âgé de cinquante-neuf ans, d'une robuste constitution, d'un fort tempérament. Aucune maladie antérieure ; une seule blennorrhagie à l'âge de dix-huit ans : depuis cet âge, aucune affection vénérienne. — Phimosis congénital,

Il y a seulement cinq à six mois qu'il commença à ressentir de vives démangeaisons au niveau du gland. A cette époque, il s'aperçut de l'existence, en cet endroit, d'une petite tumeur qui semblait soulever le prépuce. Cette tumeur prit un développement rapide et acquit en quelques semaines le volume d'une grosse noisette ; puis la tuméfaction s'étendit peu à peu à toute la partie infé-

rière de la verge. Pas de douleurs spontanées, mais sensibilité assez vive à la pression.

Cet homme consulta à Londres plusieurs médecins. Le traitement qu'il suivit se borna à des fomentations émollientes et à des applications de cataplasmes sur la verge. Dans ces derniers temps, un médecin débrida le prépuce sur la face dorsale de la verge, et fit sur la tumeur plusieurs cautérisations avec des liquides dont le malade ne peut préciser la nature.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital du Midi, on constate : sur le dos de la verge, à la base du gland, une vaste ulcération de la largeur d'une pièce de cinq francs, à fond grisâtre, fongueux et inégal, sécrétant une humeur sanieuse, saignant assez facilement, exhalant une horrible fétidité. Le tissu qui forme le fond de cet ulcère présente une grande dureté. Tuméfaction considérable des deux tiers inférieurs de la verge ; induration de l'organe dans cette étendue ; le gland et l'urèthre sont exempts de toute tuméfaction et de toute dureté. Le tiers supérieur de la verge est complètement sain.

La miction s'exécute facilement. *Nul engorgement inguinal.*

M. Ricord diagnostiqua un *cancroïde de la verge*, il pratiqua l'amputation de l'organe au fer rouge, le 24 janvier.

Examen de la pièce :

La peau est saine dans toute l'étendue de l'organe, sauf du côté gauche où, dans le tiers inférieur, elle présente une notable dureté, et une adhérence telle avec les tissus sous-jacents, qu'il est impossible de l'en séparer ; à ce niveau, sa trame est composée d'un tissu dense, très dur, de couleur blanchâtre, criant sous le scalpel, analogue en un mot au tissu morbide que nous allons rencontrer dans les corps caverneux.

Sur le côté droit, à un centimètre environ en deçà de la section, le corps caverneux perd son aspect rougeâtre et sa mollesse normale pour faire place à un tissu de couleur blanche tirant un peu sur le jaune, très consistant, très dur, dans la trame duquel on aperçoit des mailles fibreuses avec de petites lacunes. Ce tissu forme la base de l'ulcération ; il se prolonge en avant et au-dessous d'elle, dans la continuité du corps caverneux, jusqu'au niveau du gland.

La production morbide a franchi la cloison médiane des corps

caverneux qu'il est impossible de reconnaître. Du côté gauche, la lésion est moins étendue; les trois quarts inférieurs du corps caverneux correspondant sont intacts; le quart supérieur seul présente une altération semblable à celle du côté opposé, mais qui s'est étendue beaucoup plus loin en surface, car le tissu morbide se prolonge presque jusqu'aux limites de la section; de plus, cette altération superficielle a envahi les parties profondes du derme, qui dans toute cette étendue est intimement confondu avec la production pathologique du corps caverneux.

A part un peu d'induration dans la portion sous-jacente à l'ulcère, le gland est sain. Il en est de même de tout l'urèthre. Cette tumeur, examinée par MM. Robin et Verneuil, est constituée par des éléments épithéliaux.

19. M. Vibert montre un *anévrisme disséquant de la crosse de l'aorte*. — Rupture dans le péricarde. — Mort instantanée.

Une femme âgée de soixante et onze ans, ne présentait que des symptômes de grippe pour lesquels on prescrivit 4 gramme d'ipéca et 40 centigrammes de tartre stibié; à peine eut-elle bu la première gorgée qu'elle succomba instantanément.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes :

1° Le péricarde était distendu par un caillot de sang qui pesait 34 grammes.

2° Le cœur offrait une légère hypertrophie du ventricule gauche; les valvules et les deux orifices du même côté étaient légèrement indurés.

3° L'aorte est altérée dans toute son étendue; son calibre est irrégulièrement renflé, ce qui lui donne un aspect noueux; sa face interne est rugueuse, dépolie et tapissée de plaques crétacées.

Les artères iliaques primitives et externes, et les crurales, offrent les mêmes désordres.

Au niveau de la crosse, l'aorte étalée présente un diamètre de 44 centimètres; au delà, son calibre diminue, et vers le point où elle est croisée par la bronche gauche, son diamètre est de 7 centimètres.

C'est donc au niveau de la crosse que l'augmentation de volume est la plus considérable; il en est de même de l'altération des

parbis : en effet, dans toute cette étendue, la face interne est complètement rugueuse et dépolie.

Sur le bord convexe de l'aorte, à 3 centimètres environ de son origine, on trouve une ouverture linéaire, longue de 2 centimètres, perpendiculaire à l'axe du vaisseau. Les lèvres de cette ouverture sont constituées par les tuniques interne et moyenne, qui sont saines à ce niveau.

Par cet orifice, on pénètre dans une cavité formée par le dédoublement de la tunique externe d'une part, et des tuniques interne et moyenne de l'autre ; cette cavité se prolonge d'une part sur toute la face antérieure de l'aorte, depuis son origine jusqu'à 8 centimètres au delà de la naissance de la carotide primitive gauche ; en arrière elle atteint à peine la naissance du tronc brachio-céphalique ; il en résulte deux prolongements en V, séparés sur le bord convexe de l'aorte.

Ces cavités sont remplies en partie par des caillots noirs ; les parois sont tapissées par une légère couche fibrineuse.

Cette cavité s'ouvre dans le péricarde par un orifice irrégulier, à bords déchiquetés, dans lequel est engagé un caillot noir un peu résistant.

Le cerveau n'offre rien de particulier, si ce n'est l'ossification de ses artères.

Les reins, surtout le droit, présentent une substance tubuleuse, congestionnée, tandis que la substance corticale est anémiée, ce qui rend compte de l'albumine trouvée dans les urines.

Cette variété d'anévrysme n'est pas très rare. Cette année même M. Cadet-Gassicourt (1) nous en a montré un exemple, mais la rupture dans le péricarde est un fait exceptionnel. Laënnec (2) dit ne l'avoir jamais observée ; Scarpa (3), Morgagni (4) et Marjolin en ont rapporté plusieurs cas ; la mort avait été immédiate dans

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1855, p. 352.

(2) Laënnec, *Traité de l'auscultation*, vol. III.

(3) Scarpa, *Réflexions et observations anatomo-chirurgic. sur l'anévrysme*, traduit par Delpech, 1809, p. 103.

(4) Morgagni, *Recherches sur le siège et les causes*, trad. de Destouet et Desor-meaux ; lettre 26, n° 7, 17, 21 ; lettre 27, n° 28.

tous, excepté dans le fait de Marjolin (1), où l'ouverture de communication était lisse et paraissait ancienne.

M. Féron présente des pièces et remet une observation relative à un *sujet rachitique* âgé de trois ans.

Cet enfant, dont nous n'avons pu recueillir les antécédents, est dans un état de marasme très avancé.

Sa tête est volumineuse : elle présente 47 centimètres de circonférence ; elle n'est point déformée.

La fontanelle antérieure seule n'est point ossifiée, et peut encore recevoir la pulpe de deux doigts.

Le ventre, volumineux et arrondi, contraste, sous ces deux rapports, avec le thorax, qui est déprimé sur ses parties latérales, augmenté d'avant en arrière, et qui présente les déformations suivantes :

Le sternum et les cartilages costaux forment sur la ligne médiane un relief demi-cylindrique, de chaque côté duquel existe, à l'union des côtes et des cartilages, là où l'on voit d'ordinaire le chapelet rachitique, une gouttière assez profonde.

Les côtes gauches sont un peu plus convexes, les côtes droites un peu plus aplaties qu'à l'état normal.

La colonne vertébrale présente, au niveau de la région dorsale, depuis les lombes jusqu'à la 5^e vertèbre dorsale environ, une courbure à convexité gauche. Il existe au-dessus une légère courbure de compensation. Il n'y a pas de courbure antéro-postérieure anormale.

Les membres supérieurs sont les plus déformés, et conservent cependant une symétrie qui permet de les confondre dans une même description.

Les clavicules ont leurs courbures normales considérablement augmentées.

L'humérus est coudé à angle au milieu de sa diaphyse ; la convexité regarde en dehors.

L'avant-bras présente une courbure à concavité antérieure. La courbure du radius est plus prononcée que celle du cubitus. Le

(1) *Bulletin de la Faculté de médecine.*

poignet, légèrement renflé, ne peut, de la pronation, être ramené à la supination : il s'arrête à égale distance de l'une et de l'autre.

Les quatre derniers métacarpiens eux-mêmes présentent de légères nodosités à leur face dorsale, au voisinage de leur extrémité inférieure.

Les membres abdominaux sont beaucoup moins déformés que les membres thoraciques.

Le fémur droit présente, à sa partie moyenne, une saillie antérieure peu prononcée. Il en est de même du tibia correspondant ; mais ces deux saillies n'empêchent pas sensiblement la direction rectiligne générale du membre.

Le fémur gauche ne présente aucune courbure appréciable à travers les parties molles. Le tibia gauche présente une saillie plus marquée que celle du tibia droit. Cette saillie est tournée en avant et en dedans, ce qui imprime au pied une direction dans laquelle le talon est porté en haut, en arrière et en dehors, la pointe en sens diamétralement opposé.

L'enfant succombe, le 43 mars, à une broncho-pneumonie.

A l'autopsie, outre les lésions de cette dernière maladie, on trouve quelques rares tubercules disséminés dans l'épaisseur des poumons. C'est donc une nouvelle exception à la règle, établie par les auteurs, qu'il y a rarement coïncidence de la phthisie pulmonaire avec le rachitisme. M. Broca s'est attaché à combattre cette opinion et à établir que le rachitisme survient constamment dans toute maladie générale chronique qui peuvent influer sur la nutrition de l'individu dans sa période de développement.

Les ganglions mésentériques sont très volumineux, quelques-uns sont ramollis. On ne trouve point de lésions dans le foie, la rate, les reins ni le tube intestinal.

La colonne vertébrale présente les courbures constatées déjà sur le vivant. On constate en outre un léger degré de torsion sur son axe, dans lequel les masses latérales des vertèbres cervicales droites sont portées en avant, celles du côté gauche un peu en arrière.

Les disques intervertébraux des vertèbres dorsales ont subi dans la portion qui correspond à la concavité de la courbure principale un léger aplatissement ; les vertèbres elles-mêmes ont subi de fai-

bles déformations, toutes en rapport d'ailleurs avec la présence des deux courbures.

Le crâne n'est point déformé.

Le tissu osseux n'est pas ramolli.

La fontanelle antérieure est encore très large ; la fontanelle postérieure est occupée par un os wormien de forme losangique, qui simulait assez bien sur le vivant la fontanelle non ossifiée.

La *paroi antérieure du thorax* nous présente diverses déformations bien importantes.

À la face antérieure, on voit un relief d'aspect demi-cylindrique constitué par le sternum, qui n'a subi lui-même aucun changement dans sa forme, et par les cartilages costaux. En dehors, une gouttière latérale assez profonde située à l'union de la côte et de son cartilage, et remplacée, au niveau des deux premières côtes, par deux saillies constituant pour ces deux os seulement un véritable chapelet rachitique externe, assez peu marqué d'ailleurs.

En arrière, on constate une disposition précisément inverse, un commencement de gouttière qui, au niveau de la 3^e côte, est brusquement remplacée par un chapelet rachitique interne des plus développés.

Pourquoi le chapelet rachitique ne fait-il pas saillie du même côté au niveau de toutes les côtes ?

Le mémoire de M. Broca (1) sur l'évolution du tissu spongoïde à l'état physiologique et dans le rachitisme va nous fournir, ce me semble, la solution de cette question.

Faisant tout d'abord abstraction de la situation du chapelet, à l'extérieur ou à l'intérieur du thorax, remarquons qu'il est beaucoup plus volumineux de la 3^e à la 8^e côte inclusivement que partout ailleurs. Ces côtes sont précisément celles qui atteignent un développement plus considérable et qui jouent un rôle plus actif dans la respiration. Ce sont donc ces mêmes côtes qui doivent présenter un travail d'ossification plus actif ; et comme les lois de l'ostéogénie sont aussi celles qui président à l'ordre d'apparition des diverses lésions du rachitisme, ainsi que M. Broca l'a surabondamment prouvé par ses belles recherches anatomiques et pathologiques, il en résulte que le chapelet doit apparaître d'abord de

(1) *Mémoire sur quelques points de l'anatomie pathologique du rachitisme*, par M. Broca (*Bulletins de la Société anatomique*, 1852, p. 141 et 542).

la 3^e à la 8^e côte, et y atteindre un certain développement, avant même de débiter aux autres cartilages costaux. Mais, à ce moment, l'accumulation de tissus chondroïde et spongioïde qui constitue les saillies du chapelet permet, grâce au défaut de résistance de ces tissus, à la paroi thoracique de se laisser déprimer par la pression atmosphérique. Elle cède donc au niveau du chapelet, et là où il y avait un chapelet externe, il y a désormais une gouttière. Les extrémités costales des cartilages sont entraînées vers la cavité thoracique, et le même fait se produisant à droite et à gauche, il en résulte ce demi-cylindre médian que j'ai signalé plus haut, formé par le sternum et les cartilages qui en dépendent.

Mais aux 1^{re} et 2^e côtes, ainsi qu'aux quatre dernières, le chapelet en est à peine à son apparition, et tendrait à faire saillie au dehors, si la pression atmosphérique ne tendait déjà, de son côté, à agir en sens contraire.

Mal arc boutées contre leurs cartilages, dirigées beaucoup plus obliquement que les autres côtes, et enfin fort exposées aux diverses pressions extérieures, les quatre dernières côtes cèdent facilement; mais il n'en est pas de même des deux premières, qui sont précisément dans des conditions anatomiques tout opposées.

Elles résistent, et le chapelet se produit en dehors, comme nous le voyons sur la pièce ci-jointe.

Elles n'échappent pourtant pas complètement à l'influence atmosphérique.

Les deux premiers cartilages ont suivi le mouvement des autres cartilages par l'action lente et constante des fibres ligamenteuses et musculaires qui viennent s'y insérer. (Quelle que soit la valeur de l'explication, le fait n'en est pas moins réel, et facile à constater sur la pièce anatomique.)

Les points d'appui des extrémités des deux premières côtes se sont dès lors trouvés rapprochés; mais, en même temps, le ramollissement de leur tissu a permis à chacune d'elles de céder en un point distant de 4 ou 2 centimètres environ de leur extrémité antérieure.

C'est ainsi qu'il s'est produit à ce niveau une dépression à concavité antérieure, formant en arrière une saillie que l'on est presque tenté de prendre pour la continuation du chapelet interne. Mais si l'on se reporte en dedans à l'union du cartilage et de la côte, c'est là qu'on trouve le véritable chapelet.

Si sur chacune de ces côtes on pratique une coupe horizontale, c'est-à-dire parallèle à leurs bords, on y voit la démonstration de ce qui précède.

Sur la 1^{re} côte, à droite comme à gauche, on trouve la courbure brusque formée par la côte à 1 centimètre de son extrémité sternale, courbure faisant saillie en arrière; puis, à cette extrémité, le chapelet. La 2^e côte présente la même courbure plus prononcée. La flexion de la côte a été plus forte. A gauche, on voit le tissu osseux se continuer sans interruption jusqu'au chapelet; mais, au niveau de la courbure, la côte est notablement amincie aux dépens de la saillie postérieure. La concavité est comblée en partie par du tissu fibreux qui renforce à ce niveau la côte trop amincie. A droite, le tissu osseux a subi une solution de continuité. On trouve dehors en dedans le tissu osseux de la diaphyse; puis, au niveau de la courbure, un sillon antéro-postérieur de 2 millimètres environ d'épaisseur, occupé par du tissu fibreux; puis le tissu osseux de l'extrémité antérieure de la côte; puis, enfin, vient le chapelet.

La flexion lente et forcée de la côte a donc produit à ce niveau une véritable fracture.

Sauf quelques légères différences, faciles d'ailleurs à prévoir maintenant, voici ce que chaque grain du chapelet nous présente sur une coupe horizontale de la côte et du cartilage. La côte est comme luxée en arrière sur le cartilage, de manière que celui-ci vient correspondre à la partie la plus interne de la face antérieure de l'os. L'extrémité du cartilage seule a subi toute l'augmentation de volume. L'extrémité de la côte a son épaisseur normale, et c'est uniquement parce qu'elle est refoulée en arrière qu'elle concourt à la formation de la saillie du chapelet.

On retrouve en outre très manifestement les cinq couches décrites pour la première fois par M. Broca, et dont il a établi la présence constante partout où une diaphyse osseuse s'accroît aux dépens d'une masse cartilagineuse adjacente :

1° La couche de tissu cartilagineux normal ;

2° La couche chondroïde ;

3° La couche chondro-spongioïde ;

4° La couche spongioïde ;

5° Enfin, le tissu osseux, blanchâtre, grenu, d'aspect compacte, non vasculaire et privé de consistance.

La *clavicule gauche* a ses courbures normales considérablement exagérées. A la concavité de la première courbure, de nouvelles couches sont venues ajouter à l'épaisseur de la diaphyse. L'extrémité externe est légèrement renflée.

Le tissu osseux a un aspect compacte ; il est ramolli.

L'*omoplate gauche* a son angle inférieur fortement courbé en avant, ce qui exagère la concavité de la fosse sous-scapulaire et la saillie située de la fosse sous-épineuse. Cet angle inférieur est en outre manifestement épaissi. Le tissu osseux est encore spongieux et rougeâtre à la racine de l'épine de l'omoplate.

L'*humérus gauche* présente, un peu au-dessous de sa partie moyenne, une courbure à concavité interne, de telle sorte que l'extrémité inférieure formerait un angle de 45 degrés avec l'axe prolongé de la partie supérieure. L'os est épaissi au niveau de la courbure, par l'addition de couches très apparentes sur une coupe longitudinale de l'os. Cette coupe se fait aisément à l'aide du scalpel, qui rencontre cependant une plus grande résistance dans la moitié inférieure de l'os. Le canal médullaire est complètement interrompu à la partie moyenne, dans une étendue de 2 ou 3 centimètres ; au-dessus et au-dessous, il subsiste. Il est dilaté près de l'épiphyse inférieure. La paroi interne de la diaphyse, qui répond à la concavité de la courbure, est considérablement épaissie à ce niveau, puisqu'elle vient au contact de la paroi externe. Nous y trouvons des couches de plus en plus consistantes, à partir du périoste, et dont l'épaisseur diminue graduellement à mesure qu'on approche des épiphyses.

L'épiphyse supérieure présente un point d'ossification encore peu développé de la tête humérale, plongé au milieu du cartilage sain ; puis on voit les cinq couches ici très développées de la masse épiphysaire.

A l'épiphyse inférieure il n'y a plus de couche chondroïde et spongoïde visible à l'œil nu. Il ne faut pas en conclure qu'elle n'est pas encore développée : dans ce cas elle serait bien moins épaisse à l'apophyse supérieure. Il faut donc admettre qu'elle s'est déjà laissé envahir par l'ossification, et que le rachitisme, chez notre sujet, commençait à entrer dans la période de réparation.

Les deux os de l'avant-bras gauche ne peuvent pas être ramenés à la supination. Le cubitus est recourbé en arc à concavité anté-

rieure et un peu interne. Le radius est légèrement coudé à la partie moyenne de la diaphyse. La concavité est tournée aussi en avant. L'extrémité inférieure, notablement gonflée (comme celle du cubitus), a subi une torsion de près d'un quart de cercle, de manière que l'apophyse styloïde est à la partie antérieure et un peu externe de l'os.

Le radius et le cubitus offrent tous deux, à leur extrémité inférieure seulement, une masse épiphysaire, renflée, où l'on peut constater les mêmes couches qu'à l'extrémité supérieure de l'humérus. Leur coupe longitudinale à l'aide du scalpel fait reconnaître l'absence de canal médullaire dans le cubitus, et, dans le radius, une disposition analogue à celle que nous a déjà présentée la diaphyse de l'humérus.

L'examen des os des membres inférieurs n'a pu être fait.

M. Broca. J'insisterai sur l'existence de tubercules chez un rachitique. Les recherches que j'ai faites m'ont conduit à des résultats très différents de l'opinion qui voulait établir un antagonisme entre le rachitisme et la diathèse tuberculeuse. Toutes les fois qu'un enfant succombe à des tubercules, on trouve dans le squelette des traces de rachitisme au premier degré, c'est-à-dire, avant la période de déformation. Dans toutes les affections chroniques des enfants qui ont duré longtemps, deux ou trois ans, par exemple, on trouve les tissus chondroïdes et spongioïdes très développés; les os ont subi un ramollissement, et se fendent au couteau.

J'ai démontré que les os ne se développent pas également par leurs deux extrémités; il y en a toujours une dont l'accroissement et la consolidation sont plus rapides; pour les os de la jambe, ce sont les extrémités supérieures qui croissent le plus vite; pour les os du bras ce sont les inférieures. L'altération rachitique porte surtout sur l'extrémité qui se développe la dernière, et les pièces que nous apporte M. Féron viennent à l'appui de ce que j'avance. En effet, on voit ici l'extrémité supérieure de l'humérus très altérée, présentant une couche épaisse de tissu spongioïde et chondroïde, tandis que l'extrémité inférieure est à peine malade; sur le fémur, l'extrémité supérieure ne laisse voir que peu d'altérations, tandis que l'extrémité inférieure est le siège de lésions très avancées.

On a dit que les os rachitiques ne se fracturaient pas, mais s'incuryaient. L'absorption ayant fait disparaître la trame osseuse, les os se ramollissent et se fléchissent, en simulant des fractures. Ces altérations ont lieu souvent d'une manière symétrique sur les deux membres. Je crois à l'existence des fractures véritables, par cause traumatique, sur les os rachitiques ; mais sur cette deuxième côte que M. Féron croit fracturée, je pense qu'il n'y a pas fracture, qu'il y a flexion par cause rachitique. Le sujet de l'observation était couché depuis longtemps, et la déformation a progressé de haut en bas, contrairement à la loi établie par M. Jules Guérin, loi qui n'est applicable et vraie que pour les enfants qui marchent.

M. *Blain des Cormiers*. Je crois que la scrofule du premier âge constitue une prédisposition aux tubercules, et nombre de malades qui viennent mourir dans les hôpitaux, vers l'âge de quinze à vingt ans, avaient été traités pendant leur enfance pour des lésions scrofuleuses.

M. *Brocq*. Les altérations du rachitisme ne sont pas rares chez les enfants scrofuleux, surtout lorsqu'ils ont souffert pendant longtemps.

M. *Axenfeld* fait observer que si l'on trouve des altérations de rachitisme sur les sujets tuberculeux, on rencontre aussi beaucoup de rachitiques à un degré très avancé, dont la poitrine est très déformée et cependant dont les poumons sont exempts de tubercules. La déformation rachitique de la poitrine n'engendre pas forcément les tubercules pulmonaires, comme l'ont prétendu quelques auteurs.

M. *Vidal*. Pendant mon séjour à l'hôpital des Enfants, j'ai voulu m'éclairer sur cette question, et je suis arrivé à ces conclusions :

1° Qu'il n'y a pas incompatibilité entre le rachitisme et le tubercule ;

2° Que le rachitisme n'engendre pas le tubercule ;

3° Que ce qui a pu faire regarder le rachitisme comme cause de tubercules (opinion admise par les anciens auteurs), c'est ce fait que les bronchites capillaires sont plus fréquentes et surtout beaucoup plus graves chez les jeunes sujets dont la poitrine est déformée par le rachitisme. On comprend très bien que la gravité de ces

affections pulmonaires, d'autant plus grande que la déformation est plus considérable, ait pu en imposer à une époque où l'anatomie pathologique était encore à l'état rudimentaire.

M. Broca. Je ne considère pas le rachitisme comme une maladie, comme une entité morbide ; c'est un effet, c'est le résultat de toutes les causes qui, débilitant profondément l'organisme, font languir la nutrition du squelette.

M. Tarnier demande si *M. Broca* a toujours pu trouver la cause, l'affection chronique dont le rachitisme a été le résultat ?

M. Broca. Je n'ai étudié la question qu'à l'école pratique, sur le cadavre. Beaucoup de causes de débilitation profonde, telles que la mauvaise nourriture, les mauvaises conditions hygiéniques, etc., ne laissent pas de traces sur le cadavre, et cependant il ne vient à l'esprit de personne de les révoquer en doute ; elles ont reçu une démonstration directe par les expériences de *M. Chossat*. Les lésions du squelette attribuées à la diathèse rachitique peuvent survenir sous l'influence de causes multiples.

M. Dufour. Dans le rachitisme, quelques auteurs croient que les fractures sont fréquentes, mais comme le fait très bien observer *M. Trousseau*, voici ce qui se passe le plus souvent : Il y a diminution de la solidité de l'os, atrophie de la substance osseuse, qui se plie sans résistance au moindre effort ; puis à cette période de ramollissement succède la période de réparation. Une hypertrophie de l'os par exsudation périostique peut en imposer, à cette époque, pour le cal d'une fracture.

M. Axenfeld demande si les os d'un individu qui a survécu au rachitisme de la première enfance, sont plus ou moins prédisposés aux fractures que des os à l'état normal.

M. Broca pense que lorsque la réparation est faite, les os qui ont été le siège d'altérations rachitiques sont plus solides, plus épais et plus denses que les os à l'état normal. Mais dans certains cas, très exceptionnels du reste, la réparation ne se fait pas, ou ne se fait qu'incomplètement, et alors les os sont plus exposés aux fractures.

M. Axenfeld cite, à propos de ces cas exceptionnels dans lesquels la consolidation ne se fait pas, le fait d'un jeune garçon de quinze

ans, dont l'humérus fut fracturé par un coup de poing qu'il reçut d'un enfant de son âge.

M. Topinard met sous les yeux de la Société des tumeurs généralisées dans toute l'économie, et communique l'observation suivante :

La nommée Boutron, âgée de trente-cinq ans, fut opérée à l'hôpital Saint-Louis, vers le milieu de l'année 1855, par M. Denonvilliers, de plusieurs petites tumeurs, réputées cancéreuses, de l'extrémité inférieure du rectum, sous-muqueuses et immédiatement situées au-dessus du sphincter; mais, examinées par M. Robin, elles se montrèrent composées d'épithélium cylindrique, tant disposé irrégulièrement que manifestement disposé en culs-de-sac, comme dans les follicules du rectum. Elle entra, pour la deuxième fois, dans le même service, pour la même affection, le 16 janvier 1856, afin de passer à l'hospice de la Salpêtrière. Le 29 janvier 1856, elle mourut subitement avec difficulté très grande de la respiration, n'ayant présenté du côté de la poitrine et à diverses reprises que des râles sibilants attribués à une bronchite avec asthme.

Autopsie le 30 janvier. Le cerveau, les méninges, les reins et la rate n'offrent rien de particulier. L'excavation du petit bassin est presque comblée par une masse étrangère qui adhère intimement en arrière au sacrum, en avant au pubis, sur les côtés aux muscles obturateurs, et à travers laquelle le vagin, la vessie, le rectum se font jour avec difficulté. Un examen attentif permet cependant de constater que le centre d'irradiation, le point où le tissu anormal se trouve le plus accumulé, est le vagin dont les parois ne peuvent être séparées du bas-fond de la vessie, de la face supérieure du rectum. Le canal de l'urèthre en particulier, dilaté, est complètement englobé dans un tissu épais et compacte. Le fond de la vessie, le corps de l'utérus, le col, les ovaires, les trompes, ne sont nullement atteints. Ce tissu se présente à l'œil nu sous deux aspects : à l'état d'infiltration, à l'état de masses énucléables. Dans le premier cas, les organes envahis, tels que la face postérieure du rectum, sont épaissis, indurés. Dans le second, ce sont des tumeurs du volume d'un gros pois à celui d'une pomme d'api, d'aspect

blanchâtre, fibreux, homogène, et ne donnant pas de sang à la coupe.

Il en existe à la face interne des grandes lèvres, à la fourchette, de moins consistantes et à coupe rosée. Quelques-unes sont saillies sous la peau de la partie gauche du périnée. Une autre se voit dans le pli génito-crural droit et est munie d'un cul-de-sac central, irrégulier, qui pendant la vie a dû donner issue à du pus.

Les poumons sont littéralement farcis de tumeurs semblables ; on peut estimer aisément qu'un bon tiers de leur tissu doit se trouver ainsi envahi. Elles existent aussi bien dans le corps de l'organe, le long des grosses divisions bronchiques, que sous la plèvre, où elles sont une saillie plus ou moins prononcée. Arrondies, énucléables, leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une grosse noix ; j'en ai trouvé une beaucoup plus volumineuse près du poumon gauche, et qui m'a paru avoir pour origine un ganglion lymphatique.

Leur consistance est tantôt dure, fibreuse, presque criant sous le scalpel, tantôt molle comme la substance encéphalique, ou, à un degré plus avancé, comme du fromage fouetté. Leur coloration est soit blanche-grisâtre ou bleuâtre, sans trace apparente de vascularisation, soit rosée, rougeâtre, ou lie de vin. Une ou deux de ces tumeurs présentaient vers leur centre ramolli un caillot noir et mou. J'ai remarqué dans une multitude des vestiges de matières noires, comme mélaniques. En un mot, ce sont les mêmes variétés d'aspect que celles du petit bassin et d'autres parties de l'économie. Le tissu pulmonaire est, en général, sain, crépitant, flottant sur l'eau. Quelques tumeurs, par exception, sont entourées d'un noyau récent d'apoplexie ou d'engouement.

Les plèvres costale et diaphragmatique, cette dernière en particulier, présentent des tumeurs analogues, les unes indépendantes, les autres communiquant avec celles du poumon. Une masse du volume d'une pomme d'api existe à la partie droite de la face convexe du foie. Elle est située sous la capsule de Glisson, au milieu d'un tissu hépatique normal à l'œil nu ; elle est arrondie, un peu lobulée à sa circonférence. En l'examinant avec soin, on y distingue une sorte de trame fibreuse, bleuâtre, à rayons divergents, et une gangue jaunâtre logée dans des aréoles manifestes. Deux

autres tumeurs, très petites, de même nature, mais ramollies et vascularisées, s'observent dans le voisinage.

Une dernière tumeur, de la grosseur d'une noisette, saillante dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sessile sur la face antérieure du pancréas, où elle prend naissance, me paraît encore digne d'être notée.

Les ganglions cruraux, les seuls que j'aie observés, sont évidemment altérés. Plus volumineux qu'à l'état normal, les uns sont durs, blanchâtres, comme fibreux, les autres sont ramollis et d'un rouge plus ou moins foncé.

Sauf les tumeurs signalées à la vulve, au périnée, la peau ne nous offre rien de particulier.

L'examen de la structure des diverses tumeurs a montré qu'elles offraient toutes une composition anatomique identique. Toutes étaient constituées par des cellules épithéliales accompagnées d'une certaine quantité de matière amorphe interposée à ces cellules et aux noyaux libres qu'on trouvait avec elles en assez grand nombre. Ces cellules étaient remarquables en ce que peu d'entre elles offraient la forme pavimenteuse régulière, peu aussi la forme prismatique ordinaire, tandis que la plupart étaient fort allongées, quelquefois effilées aux deux bouts, avec le noyau vers la partie médiane la plus renflée. Le noyau, remarquablement étroit et allongé dans beaucoup de ces cellules, leur aurait donné manifestement l'aspect des corps fusiformes fibro-plastiques, si les réactions au contact de l'acide acétique n'eussent été tout à fait différentes. Beaucoup des noyaux également avaient l'aspect des noyaux libres d'épithélium, et non celui des noyaux libres fibro-plastiques. La plupart des noyaux, enfin, manquaient de nucléole. Le tissu, envisagé en lui-même, était remarquable aussi par l'absence presque complète de vaisseaux, et ceux qui existaient étaient tous des vaisseaux capillaires.

M. Rocques montre à la Société une volumineuse tumeur du testicule droit enlevée par M. Laugier.

Deux ans auparavant, vers la fin de 1853, le scrotum avait, sans cause connue, uniformément augmenté de volume; il n'existait pas de douleur, même sous l'influence de la pression. Peu à peu le vo-

lume du testicule s'accrut, les douleurs se manifestèrent, vives, lancinantes, et surtout incommodes pendant la nuit.

Il y a deux mois, on constata dans l'aîne droite l'existence d'une tumeur circonscrite, dure, roulant sous le doigt, qui bientôt devint fixe dans sa position, augmenta de volume, et se confondit par en bas avec la tumeur testiculaire.

Une autre petite tumeur ganglionnaire s'est montrée depuis peu dans l'aîne gauche. Le scrotum est volumineux et constitue une tumeur ovoïde à base supérieure, dont la face gauche est légèrement aplatie. La peau, sillonnée par quelques veines variqueuses, est peu mobile sur la tumeur. Le testicule gauche est sain. La verge est enfouie dans l'épaisseur du scrotum.

L'ablation est pratiquée le 7 janvier 1856. L'extirpation est facile; le cordon, lié en masse, laisse échapper une matière blanchâtre et pulpeuse.

La tumeur pèse 1632 grammes; elle a 43 centimètres dans sa plus grande circonférence. Elle est divisée en deux portions: l'une supérieure, moins considérable, plus rouge, dure, compacte, terminée par un bord inférieur concave; l'autre portion est d'une couleur plus pâle, d'un gris jaunâtre; elle présente des anfractuosités d'une profondeur variable, qui renferme un liquide séreux légèrement trouble. Tout à fait au bas de la tumeur existent des masses d'apparence grasseuse parcourues par des vaisseaux réunis en groupés qui donnent par places une coloration d'un rouge intense.

M. Verneuil a disséqué et examiné au microscope la tumeur présentée par M. Rocques.

« Le testicule a complètement disparu, il est totalement envahi par le tissu de nouvelle formation. La partie inférieure de la tumeur, plus considérable, creusée de kystes nombreux, représente le testicule et l'épididyme.

« M. Verneuil croit y avoir vu quelques petites portions de tubes séminifères; elle ne renferme, en outre, que de l'épithélium surtout nucléaire, et en quelques points des cellules arrondies, régulières, avec un noyau granuleux, n'offrant aucune analogie avec celles du cancer. La portion supérieure est entièrement constituée par de la matière amorphe, des corpuscules granuleux, quelques éléments fibro-plastiques et des vaisseaux.

» Voilà donc une tumeur qui a présenté dans ses signes et son évolution tous les caractères du cancer, et que l'examen microscopique range parmi les tumeurs fibro-colloïdes. Si la récurrence a lieu ou si une infection générale développe des tumeurs analogues en d'autres points de l'économie, nous devons reconnaître que, en cette circonstance, le microscope nous aura donné des résultats insuffisants et même erronés. »

M. Giralès aurait désiré qu'on pût suivre dans leur trajet les vaisseaux lymphatiques du cordon. Tout récemment, James Paget (*Medico-surgical Transactions*, 1856) a publié l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour une tumeur du testicule, et qui succomba au bout de vingt jours. Le testicule était complètement détruit et remplacé par du cartilage. Cette matière sortait des lymphatiques lorsqu'on les comprimait entre les doigts. Ils offraient les mêmes altérations jusqu'au niveau de la veine cave. En ce point existait une tumeur qui avait complètement envahi les lymphatiques et les ganglions ; elle avait pénétré dans l'intérieur de la veine et baignait dans le sang de ce vaisseau, puis on ne trouvait plus rien jusqu'au poumon, qui était farci de cartilage et pesait près de 6 kilogrammes.

M. Dufour élève quelques doutes sur la nature de l'épithélium nucléaire dont parle M. Verneuil. Bon nombre de micrographes, et lui-même, considèrent ces noyaux comme des éléments cancéreux.

M. Verneuil. On ne saurait confondre les noyaux du cancer, arrondis, réguliers, ayant à leur centre deux ou trois nucléoles brillants, avec les noyaux irréguliers, granuleux et obscurs que l'on observe ici.

Cette présentation et la discussion qui suivit eurent lieu dans les deux premières séances de janvier 1856.

Depuis cette époque, on put observer une récurrence sur la cicatrice et dans le voisinage, dans les ganglions inguinaux et sur la verge. Celle-ci contenait dans toute son étendue des plaques très dures qui la maintenaient dans un état de demi-érection.

Dans les derniers jours de février, le malade fut pris d'hémiplégie, et succomba le 4^{er} mars.

L'autopsie, faite le surlendemain, montra dans l'hémisphère

droit du cerveau un foyer ramolli et entouré de sang dont la nature ne put pas être exactement appréciée. Le poumon, à sa surface et dans sa profondeur, était farci de tumeurs de toutes grosseurs; des portions considérables n'étaient plus qu'une sorte de putrilage spongieux et fragile. Le foie contient un petit noyau; il en existe deux autres dans le rein droit. Le mésocôlon transverse est rempli par une tumeur irrégulière du volume des deux poings.

Ces pièces ont été montrées à la Société dans la séance du 2 mars.

M. Ch. Robin a étudié ces différentes tumeurs, et a déclaré n'y avoir trouvé que de l'épithélium.

La plupart des membres de la Société pensent que les caractères du cancer sont ici de la dernière évidence.

M. Cruveilhier ajoute : C'est là du cancer, ou je n'en ai jamais vu.

XXXI^e ANNÉE. — AVRIL 1856.

SOMMAIRE. — 1. Oblitération intestinale chez un nouveau-né. — 2. Fistules tuberculeuses de la vessie et du rectum. — 3. Disposition de l'appareil circulatoire dans les placentas de grossesse gémellaire. — 4. Tumeur de la grande lèvre. — 5. Ulcérations simples de l'estomac. — 6. Hydro-pneumothorax chez un phthisique. — 7. Cancer du pancréas. — 8. Hépatite traumatique purulente, épanchement thoracique. — 9. Ancienne fracture du radius. — 10. Sinus sus-orbitaire anormal. — 11. Altération de la rate. — 12. Anévrysme de la crosse de l'aorte. — 13. Fistule pulmonaire. — 14. Tubercules du rein. — 15. Tumeur hydatique du pubis gauche. — 16. Tumeur glandulaire du voile du palais.

OBSERVATIONS. — Dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit; insuffisance de la valve triglochine; observation recueillie par M. Goupil. — Fracture du rocher gauche, par M. Wieland, interne à l'Hôtel-Dieu. — Rapport de M. Trélat sur cette observation.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Depaul. Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots, en vous montrant un exemple d'*oblitération intestinale* recueilli sur un enfant nouveau-né, le fait analogue que j'ai eu l'honneur de soumettre à votre observation en 1854, fait important qui a été omis dans la rédaction du *Bulletin*.

Il s'agissait d'un enfant qui naquit en apparence bien conformé; il n'eut pas de selles, et vomit des matières fécales et du méconium. Pensant que l'obstacle était loin du rectum, probablement le long de l'intestin grêle, (je dirai tout à l'heure sur quels motifs je fondais cette présomption), je fis un anus contre nature; il fut établi au-dessus de l'obstacle; le cours des matières se rétablit. L'enfant, pris de convulsions, ne survécut que quelques heures à l'opération.

A l'autopsie, je trouvai un cœcum avec son appendice vermicu-

laire, cæcum se continuant avec le gros intestin ; dans celui-ci, au lieu de méconium, on ne trouvait que du mucus grisâtre. Relié au cæcum par un cordon fibreux de 4 ou 5 centimètres, se trouvait un cul-de-sac qui se continuait avec l'intestin grêle.

Le cordon fibreux s'attachait au niveau de la valvule iléo-cæcale, au-dessus du cul-de-sac ; l'intestin grêle était normal, mais sans communication avec le gros intestin. L'opération avait été pratiquée au-dessus de l'oblitération.

Les pièces que je montre aujourd'hui ont été recueillies récemment à la Clinique. Un enfant naquit *en apparence* bien conformé, ne rendit pas de méconium par l'intestin, et vomit des matières fécales. Je fis un anus contre nature. En tirant l'intestin, je vis apparaître un gros cul-de-sac, d'où partait un petit cordon grêle se rendant au cæcum. Le gros intestin resserré, revenu sur lui-même, ne contenant pas de méconium, se termine normalement à son extrémité inférieure ; en haut, il se continue avec le cæcum dont on voit l'appendice. L'oblitération portait sur l'intestin grêle, mais dans ce second cas il y a continuité apparente ; l'oblitération est assez loin du cæcum, vers le niveau du point de jonction du jéjunum et de l'iléon.

L'anus contre nature avait été pratiqué au-dessus du point oblitéré ; les matières fécales s'écoulèrent ; l'enfant teta, mais il mourut au bout de neuf heures.

La plupart des obstacles ont lieu près de l'anus, rarement plus haut, et plus on remonte le long de l'intestin, plus les oblitérations sont rares ; ainsi, je n'ai pas trouvé dans les auteurs d'exemples d'oblitérations au point que j'indique dans les deux faits dont je viens de vous entretenir.

C'est sur les signes suivants que j'ai fondé mon diagnostic.

1° En introduisant une sonde dans le gros intestin, je ne retirais qu'un mucus grisâtre, mais pas de méconium.

2° Les vomissements étaient venus rapidement, quelques heures après la naissance et avant que l'abdomen fût complètement distendu, tandis que lorsque l'obstacle siège près de l'anus, les vomissements sont plus tardifs et ne se montrent guère avant le deuxième et le troisième jour, et quand le ventre est complètement ballonné.

3° Dans le premier fait, j'avais cherché à introduire un lavo-

ment ; il fut rendu tout de suite. Dans le second cas, M. Blot fit administrer un lavement dont une partie fut gardée.

4° En percutant, j'ai trouvé en haut, et surtout à gauche, une sonorité bien manifeste, contrairement à ce que l'on observe lorsque l'obstacle est près de l'anus, le gros intestin rempli de méconium donnant alors un son mat.

En me fondant sur ces signes, j'ai donc pu penser que le gros intestin était libre et que l'oblitération siégeait sur l'intestin grêle. J'ai fait l'opération par le procédé de Littre ; les procédés de Callesen et d'Amussat, ne conduisant que sur le gros intestin, devaient être rejetés dans ces deux cas.

J'ai publié l'année dernière, dans la *Gazette des hôpitaux*, un cas du même genre, envoyé par M. Dubois à M. Nélaton. Dans cette observation, il y avait continuité *apparente* entre le gros intestin et l'intestin grêle, mais en réalité ils étaient séparés par la valvule iléo-cæcale, qui, complètement fermée, formait un prolongement en doigt de gant dans le cæcum.

2. M. Poisson montre les altérations pathologiques recueillies sur un homme tuberculeux au troisième degré, qui, à la suite d'une opération de fistule à l'anus, fut pris au bout de quelques jours de frissons, et présenta à la partie antérieure du périnée une tumeur urinaire. Le pus semblait venir de la prostate ; l'urine s'écoulait par le rectum. Ce malade mourut avec des accidents de méningite.

L'autopsie révéla les désordres suivants :

La fistule opérée n'est pas cicatrisée ; beaucoup plus haut dans l'intestin existe une autre fistule large de 3 centimètres, communiquant avec un abcès urinaire situé à la partie inférieure de la prostate et ouvert dans l'urètre.

Les poumons contenaient des cavernes tuberculeuses. L'uretère gauche était plein de pus, et le rein gauche, désorganisé, rempli de pus, renferme un calcul. La vésicule séminale gauche est farcie de matière tuberculeuse.

M. Vidal. Pendant mon internat à l'hospice de Bicêtre, j'ai fait l'autopsie d'un homme âgé de cinquante-cinq ans environ, qui

pendant la vie avait présenté des signes d'une fistule vésico-rectale, tels que l'écoulement des matières fécales avec les urines, etc. J'ai trouvé dans le rectum un anneau de matière tuberculeuse infiltrée ; dans un point, cet anneau ramolli et ulcéré s'ouvrait dans une poche formée dans le tissu cellulaire qui unit le rectum à la vessie, et cette poche s'était ouverte dans la vessie.

M. Dufour a décrit dans sa thèse des exemples d'altérations analogues, dont les tubercules avaient été le point de départ.

3. M. Blot met sous les yeux de la Société un *délivre de grossesse double*. Il fait remarquer que ce délivre est formé par une masse unique.

En injectant la veine et les artères ombilicales d'un des cordons avec des matières diversement colorées (rouge pour les artères, jaune pour les veines), il a vu la matière à injection sortir par les vaisseaux correspondants du second cordon ; il a donc constaté qu'il existe ici une communication vasculaire entre les deux appareils circulatoires. Dans ce placenta, on peut remarquer que l'un des cordons s'insère sur la membrane de séparation des deux œufs.

Depuis un an, M. Blot a injecté tous les délivres de grossesse double. De ces recherches, il a pu déduire les propositions suivantes :

Quatre dispositions peuvent se rencontrer dans la grossesse double, et doivent être rangées, par degré de fréquence, dans l'ordre que voici :

1° Accolement des quatre membranes, deux chorions, deux amnios ;

2° Accolement des deux chorions, les amnios étant distincts ;

3° Un seul chorion, accolement des deux amnios ;

4° Un seul amnios, disposition très rare, qui n'a été observée que deux fois par M. Paul Dubois et deux fois par M. Blot.

Dans les deux premiers cas, les deux systèmes circulatoires du placenta unique sont parfaitement distincts ; il n'existe entre eux aucune anastomose.

Dans les deux autres, le placenta constitue un appareil vasculaire unique.

Ces faits sont mis hors de doute par les injections.

Dans le courant de ce mois, M. Blot a mis sous les yeux de la Société deux autres placentas destinés à appuyer ces idées.

Dans l'un et l'autre cas, la cloison de séparation des deux œufs était constituée par deux chorions accolés et deux amnios distincts.

MM. Lefort et Millard ont également montré un délivre unique ayant appartenu à une grossesse double, dans laquelle les deux œufs étaient séparés par les quatre membranes accolées ; une injection poussée par l'un des cordons a démontré qu'il n'existait pas de communication entre les deux placentas.

Il y a donc un rapport constant entre la position des membranes et la communication vasculaire dans les délivres de grossesse gemellaire.

Chez la femme qui m'a fourni cet exemple, j'avais pu, dit M. Blot, diagnostiquer une grossesse double, et annoncer que l'un des fœtus était plus gros que l'autre, que le plus petit se présentait par l'extrémité pelvienne, et que le plus gros se présentait par la tête.

Certains signes indiqués par les auteurs comme importants pour le diagnostic faisaient défaut ; l'utérus ne présentait pas deux saillies ; la femme ne sentait pas de mouvements en deux sens différents, en des points éloignés l'un de l'autre.

L'auscultation indiquait en bas et à droite un cœur très près de l'oreille ; les bruits diminuaient vers l'ombilic, mais à la partie supérieure gauche on les entendait distinctement, quoique avec moins d'intensité que dans le premier point (à droite et en bas). Cette circonstance avait fait penser à un de mes confrères qu'il n'y avait qu'un fœtus, et que les bruits perçus à la partie supérieure gauche étaient des bruits transmis. Je constatai que les pulsations n'étaient pas isochrones dans les deux points, et, par le toucher vaginal, à côté de la tête qui se présentait, je sentis une extrémité pelvienne qui ne pouvait appartenir qu'à un second enfant. Du reste, le palper abdominal m'indiquait une tête au détroit supérieur, et une autre tête en haut.

Mais si, dans ce fait, j'ai pu conclure des battements du cœur perçus en deux points avec un rythme différent à l'existence d'une

grossesse double, la réciproque ne serait pas juste, car les deux cœurs peuvent battre à l'unisson.

Les battements du cœur étaient plus fréquents chez l'un des fœtus, et j'avais soupçonné qu'il était plus petit que son jumeau, prévision que l'accouchement vint justifier.

4. M. Lala présente une tumeur de la grande lèvre droite, enlevée sur une femme de trente-neuf ans.

Cette tumeur, dans laquelle M. Martin Magron a reconnu comme principal élément du tissu fibro-plastique, oblitérait en partie le vagin; elle était enkystée dans la grande lèvre, et avait déjà donné lieu à deux hémorrhagies qui furent arrêtées par le perchlorure de fer; elle fut enlevée vers le huitième mois de la grossesse. L'opération fut suivie d'une hémorrhagie abondante.

M. Blot demande si la tumeur existait au début de la grossesse, et si son accroissement avait été accéléré sous l'influence de la gestation.

M. Lala. La tumeur s'était accrue d'un cinquième environ entre le troisième et le cinquième mois; on crut prudent d'attendre jusqu'au huitième pour faire l'opération.

M. Blot. Les tumeurs qui se trouvent dans la sphère d'activité de l'utérus augmentent pendant la grossesse; ainsi certaines parties normales de l'organisme, les follicules du vagin, les veines, etc. Je crois que non-seulement la compression, mais encore et surtout l'activité fonctionnelle de l'utérus retentissant dans son voisinage, sont des causes de développement des varices. C'est par le pli de l'aîne, près de la vulve, qu'elles débuent presque toujours, tandis que si elles étaient dues surtout à la compression, elles devraient débiter par la partie inférieure du membre.

On doit toujours redouter l'hémorrhagie dans les opérations faites à la vulve chez les femmes enceintes; cependant elles ne déterminent pas toujours l'avortement. Ainsi j'ai vu, chez une femme enceinte de six mois, une hémorrhagie considérable suivre l'ablation d'une tumeur énorme formée par des végétations de la vulve, et malgré l'état d'affaiblissement extrême qui suivit la perte de sang, la grossesse suivit son cours.

M. Gallard fait remarquer que, chez les femmes enceintes, les varices sont plus fréquentes chez celles qui fatiguent, et qu'elles sont plus marquées du côté vers lequel incline l'utérus. La compression doit donc avoir une influence.

M. Blot. La compression a certainement de l'influence sur le développement des varices ; mais elle agit comme cause occasionnelle, pendant que l'activité fonctionnelle de la sphère d'action de l'utérus agit comme cause prédisposante. Bien des phénomènes de la grossesse attribués à la compression peuvent très bien s'expliquer physiologiquement : ainsi les crampes ont été rattachées à la compression des troncs nerveux, mais il n'est pas rare de voir les femmes qui ont éprouvé cet accident pendant la grossesse l'éprouver de nouveau pendant les tranchées utérines qui suivent l'accouchement. Évidemment, dans cette dernière circonstance, elles ne peuvent être attribuées à la compression, et doivent être rattachées aux phénomènes physiologiques dont l'utérus est le siège.

5. M. Rousseau montre un bel exemple d'*ulcérations simples, multiples, de l'estomac*, recueilli dans le service de M. Herard, à l'hôpital La Ribouisière, sur une femme de quarante-deux ans.

Cette malade, sur laquelle on avait diagnostiqué un cancer de l'estomac, avait eu à différentes reprises des vomissements couleur chocolat, elle mangeait deux portions d'aliments, lorsqu'elle fut prise d'une péritonite rapidement mortelle.

A l'autopsie, on constata une péritonite dont le point de départ était une perforation au niveau du pylore. L'ulcération, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, paraît ancienne, indurée, et sur les bords on voit des traces de cicatrice. Autour, on voit plusieurs ulcérations plus petites, dont quelques-unes paraissent en voie de cicatrisation. L'orifice pylorique est rétréci.

6. M. Peter présente des pièces et communique les détails qui suivent, relatifs à une *phthisie pulmonaire avec hydro-pneumo-thorax*.

Eugénie Grand, vingt-trois ans. N'a jamais été réglée ; fleurs

blanches abondantes. Tousse depuis longtemps et présente les signes rationnels de la phthisie pulmonaire.

Entre à la Charité, service de M. Cruveilhier, le 34 mars 1856.

Auscultation. — Souffle caverneux aux deux sommets, en avant comme en arrière ; à gauche surtout, et au niveau du deuxième espace intercostal, souffle très superficiel avec pectoriloquie ; pas de douleur à ce niveau.

Voix enrouée et affaiblie.

7 avril. — Une douleur pleurétique des plus intenses se manifeste tout à coup à gauche. Toutefois, depuis deux ou trois jours, la malade souffrait quand on la percutait en avant, en haut et à gauche.

Les signes physiques de l'hydro-pneumothorax ne se dessinent qu'au bout d'une dizaine d'heures. Au début, auquel j'ai assisté, il n'y avait que de l'angoisse, une douleur très vive, et assez rapidement un son tympanique avec disparition du bruit respiratoire.

Dix heures plus tard : Souffle amphorique, tintement métallique constitué par une série de six à huit petites bulles, et quelquefois davantage, analogues au bruit que produiraient des gouttes d'eau très petites tombant dans une petite grotte peu spacieuse. Ces bulles de tintement métallique ont persisté toute la vie et ont toujours été entendues dans l'expiration seulement ; tout au plus quelquefois l'une d'elles se prolongeait-elle jusqu'à la plus prochaine inspiration.

La voix s'affaiblit progressivement, et la malade finit par ne plus parler qu'à voix extrêmement basse et éteinte.

Mort au bout de neuf jours de cet état, le 16 avril.

Autopsie le 17. — *Pleurésie diaphragmatique* très intense ; des fausses membranes de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, rouges et très adhérentes, tapissent la plèvre diaphragmatique et celle qui revêt les dernières côtes jusqu'à la cinquième. Pleurésie beaucoup moins marquée dans le reste de la plèvre pariétale.

1 litre 1/2 de liquide séro-purulent, mêlé de fausses membranes floconneuses et surnagé par des gaz, refoule en haut et en dedans le poumon gauche, qui n'a plus que le volume des deux poings. A la partie antérieure du lobe de cet organe, deux petites perforations circulaires du diamètre d'une tête d'épingle font communiquer

la cavité de la plèvre avec une caverne du volume d'une grosse noisette, caverne très superficielle, dont la paroi externe est constituée par la plèvre seule. A ce niveau, la plèvre ne présente aucune trace d'inflammation, et semble dépourvue de toute vitalité depuis longtemps. On dirait que les ulcérations ont eu lieu par usure.

Plusieurs autres cavernes profondes à droite et à gauche, où se voient également des tubercules à tous les degrés d'évolution.

Pas de pleurésie à droite.

Péritonite franchement inflammatoire et généralisée. Il n'y a pas de tubercules dans le péritoine, et l'inflammation semble s'être transmise de la plèvre gauche au péritoine à travers le diaphragme. 4 litre environ d'épanchement louche et floconneux.

Réflexions. — Il n'y a pas eu d'adhérence entre la plèvre qui recouvrait la caverne et la plèvre pariétale, peut-être par insuffisance de vitalité de la première ; de sorte que cette caverne a pu s'ouvrir dans la cavité pleurale.

La voix s'est éteinte peut-être parce qu'à chaque effort de phonation la malade perdait une partie de son souffle expirateur, qui s'en venait ainsi augmenter l'épanchement d'air dans la plèvre.

Ce n'était, assurément, que pendant l'expiration qu'on entendait les bulles si fines, mais si sonores, du tintement métallique.

Enfin, la péritonite, qui n'était nullement tuberculeuse, mais franchement inflammatoire, semble s'être transmise par voisinage, de la plèvre gauche au péritoine diaphragmatique ; car en ce point de la séreuse on trouve des fausses membranes organisées, tandis qu'en tous les autres points du péritoine viscéral et pariétal, cet organe ne présente qu'une très riche vascularisation. Il est d'ailleurs poisseux, tapissé de lymphé plastique non organisée.

3. M. Barth présente deux pièces :

A. Un cancer du pancréas. Un homme, âgé de quarante-six ans, entra, le 30 janvier dernier, se plaignant de douleurs de ventre vives et intermittentes, qui, depuis deux mois, s'accompagnaient d'une diarrhée rebelle. Le début des accidents remonte à dix mois ; depuis cette époque il y a eu un dépérissement notable.

On ne trouve aucun signe de tuberculisation pulmonaire. La respiration est un peu faible aux deux sommets.

Cet état se prolonge. Le 15 février, il y avait encore un peu de diarrhée, pas de vomissements ni de nausées, pas même d'éruptions. Le ventre est modérément sensible à la pression. On ne constate aucune tumeur dans toute l'étendue de l'intestin.

Vers la fin de février, on pouvait percevoir une rénitence mal limitée vers le côté droit de l'épigastre.

En mars, l'état du malade s'aggrave chaque jour. Maigreur, teint jaunâtre, sérosité dans l'abdomen, œdème des membres inférieurs et du scrotum. Enfin, le 15 avril, ce malheureux succombe sans qu'à aucune époque de sa maladie il eût été possible de formuler d'une manière précise le diagnostic de l'affection qui l'emportait.

Autopsie. — On constate, à l'ouverture de la cavité abdominale, une tumeur du volume des deux poings, un peu aplatie sur la colonne vertébrale, située en arrière de l'estomac, entre la rate qu'elle touche et la scissure médiane du foie, occupant presque toute l'arrière-cavité des épiploons; la tumeur offre des bosselures, des reliefs. Elle a complètement envahi le pancréas, dont on ne peut plus retrouver de traces. Les parois de l'estomac, et surtout la paroi postérieure, au niveau du cardia, sont également atteintes. Elles renferment dans leur intérieur des noyaux durs, dont les plus gros ont le volume d'une noix. A la coupe, on trouve des parties blanches et d'une résistance médiocre; d'autres sont ramollies, d'un aspect pultacé, laissant sur le scalpel qui les racle un abondant détrit. Cette tumeur n'a pas été jusqu'ici examinée au microscope; mais M. Barth ne met pas en doute qu'elle soit constituée par du cancer.

Un double intérêt s'attache à cette présentation. Le cancer du pancréas est une chose rare, et, d'autre part, l'impossibilité du diagnostic est remarquable, avec des altérations aussi profondes et aussi étendues.

8. B. Des pièces prises sur un individu qui a succombé à une *hépatite traumatique purulente* et à un *abcès profond de la paroi thoracique*. Charles Darnis, âgé de quarante ans, entré le 27 février.

Cet homme tomba , le 25 février dans une fosse de 7 mètres de profondeur, sur un fond de sable. Il ne peut pas rendre compte de la manière dont eut lieu la chute. L'examen le plus complet ne peut faire reconnaître chez lui aucune trace de lésion traumatique qui soit du ressort de la chirurgie.

Forcé de se mettre au lit, il éprouva des frissons répétés , et il fut pris d'une toux peu intense, mais répondant douloureusement dans tout le côté droit du tronc.

28. Pouls à 84 , chaleur de la peau ; soif , anorexie ; légère teinte ictérique , langue humide , constipation.

A l'auscultation, un peu de faiblesse du murmure respiratoire à la base du poumon droit, et un peu de matité qui peut bien tenir au développement du foie. — Saignée ; orge miellée ; bouillon.

29. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. L'hypochondre est douloureux à la pression. Rien de nouveau du côté du thorax. Il n'y a pas d'expectoration. Pouls, 82. La saignée faite la veille a une couenne verdâtre.

8 mars. Après un amendement de quelques jours , coïncidant avec l'emploi de purgatifs répétés, la douleur reparait dans l'hypochondre droit. — 40 sangsues.

9. La région est empâtée, tendue , chaude et douloureuse ; le rebord costal est effacé. — Cataplasmes laudanisés. — La langue reste humide ; il n'y a pas de frissons , mais l'appétit est nul. La constipation persiste.

12. Émulsion à l'huile de ricin , donnée à petites doses et par intervalles seulement, pour éviter de produire dans l'abdomen des mouvements violents qui pourraient détruire des adhérences salutaires.

14. L'auscultation constate, dans le point où l'on avait précédemment perçu de la matité, un peu de bruit de frottement.

20. La matité et l'épanchement ont augmenté. Il n'y a ni égophonie, ni souffle. La paroi thoracique et la paroi de l'abdomen s'œdématient à droite. Pouls à 92.

29. Un nouvel amendement s'était manifesté, lorsque le malade fut pris subitement de frissons et de diarrhée intense. Une douleur très vive s'est en même temps manifestée à droite. Pouls, 140. On constate dans le tiers inférieur du poumon droit des bulles humides très grosses, éclatantes. — Vésicatoire volant.

30. Vomissements bilieux.

2 avril. Pouls à 100 ; délire ; diarrhée ; eschare au sacrum ; facies très altéré ; teinte ictérique plus intense ; pouls irrégulier. — Alcoolature d'aconit, 4 gramme.

4. La langue reste humide ; le délire a cessé ; la diarrhée continue.

7. Langue sèche.

9. Frissons ; pouls filiforme à 100.

40. Tuméfaction fluctuante en arrière. — Incision ; demi-verre de pus.

42. Nouvelle tuméfaction fluctuante au-dessus de la première. — Incision ; demi-verre de pus. — La matité persiste dans les deux tiers inférieurs du côté droit ; mais, dans le tiers supérieur, la percussion donne un son sec, clair, presque tympanique.

45. Décès.

L'autopsie fit voir que le foyer de suppuration ne pénétrait pas dans la cavité pleurale, ainsi qu'on avait pu le craindre. Il était situé profondément en arrière, sous le grand dorsal, encore séparé de la plèvre par des portions de muscles intercostaux amincis, mais encore résistants.

Le foie, d'un volume assez considérable, congestionné, présente à sa face intérieure quatre foyers de suppuration superficiels, et deux autres un peu plus profondément situés dans l'épaisseur du parenchyme. Un des foyers, en rapport avec le lobe de Spiegel, atteint le volume d'un petit œuf ; il contient, ainsi que les autres, du pus d'un aspect franc.

Il n'y avait aucune fracture de côtes ; on ne pouvait donc admettre que la contusion médiate du foie à travers les parois thoraciques, sans piqûre, sans déchirure directe de l'organe.

M. Barth fait ressortir l'analogie d'aspect qui existe entre ces abcès et ceux que l'on rencontre dans l'infection purulente. Dans le cas actuel, il était impossible de recourir à cette étiologie, d'abord à cause de la chute et de la contusion directe de l'hypochondre droit, puis parce qu'on ne trouvait de foyers purulents dans aucun autre organe.

M. Houel attaque le rapprochement que M. Barth établit entre les abcès que l'on observe ici et les foyers qui succèdent à l'infec-

tion purulente. Il ne trouve pas que l'aspect soit le même dans les deux cas et dit que même en ignorant la cause traumatique directe de cette suppuration, on ne saurait reconnaître ici des abcès métastatiques.

M. Axenfeld : Il a régné pendant longtemps dans la science une théorie dans laquelle on croyait que tous les individus qui succombaient à une commotion violente avec abcès dans le foie avaient éprouvé une contusion de cet organe, et que les abcès en étaient le résultat. Les phénomènes peuvent parfois suivre cette marche, et alors on observe une forme d'abcès analogues à ceux que nous avons sous les yeux.

M. Trélat : Dans les abcès métastatiques, on ne trouve pas de membrane pyogénique comme dans le cas actuel. D'autre part, on rencontre des foyers à tous les degrés d'évolution, depuis la tache d'un rouge brunâtre jusqu'à la suppuration complète. Enfin il est rare que ces abcès atteignent, comme ceux-ci, le volume d'un petit œuf.

M. Barth se rappelle parfaitement avoir vu autrefois des blessés dont le foie renfermait des abcès analogues à ceux-ci. On disait alors : le malade est mort à cause de ces tubercules suppurés du foie ; c'était le même aspect, le même volume que dans la pièce qu'il nous présente.

9. M. Bertholle montre l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras droit, prise sur une femme de cinquante-deux ans qui vient de succomber à l'hôpital Beaujon. Cette malade a été traitée, il y a sept ans, d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius pour laquelle elle a porté un appareil pendant quarante jours. Les os sont très petits, le tissu spongieux est gras. L'extrémité inférieure du radius présente un volume relativement considérable. La face antérieure semble un peu plus concave que de coutume. Sur cette face, à 1 centimètre du bord articulaire, on observe quelques rugosités peu saillantes qui remontent vers le bord externe dans une étendue de 2 centimètres. En ce point, les rugosités disparaissent. Une coupe médiane et verticale de l'os fait voir que la lame compacte postérieure se divise par en bas en deux lames,

dont l'une se continue avec la surface extérieure, tandis que l'autre descend dans l'épaisseur de la substance spongieuse. La bifurcation de ces deux lames commence à 3 centimètres environ de la face articulaire. La face antérieure de l'os ne présente rien de semblable.

M. Bertholle demande si ces désordres très légers suffisent à caractériser une ancienne fracture du radius.

M. Gallard : Cette pièce a été prise sur un malade de mon service ; je l'ai soigneusement examinée. Je pense que le radius a été fracturé.

M. Houel pense aussi qu'il y a eu une fracture ; mais il rappelle à ce sujet que, d'après les recherches de MM. Smith et Jarjavay, la pénétration serait beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement. Ces chirurgiens ont, en effet, prouvé que le périoste se déchire et se décolle souvent bien au-dessus de la fracture, qu'il sécrète une lame compacte nouvelle qui double l'ancienne, et que cette disposition fait croire à une pénétration très étendue en apparence, et presque nulle en réalité.

M. Sée : La pénétration est incontestable quand on examine des fractures récentes. J'ai observé quelques cas de cette nature, et toujours j'ai rencontré de la pénétration ; je pense que c'est le cas le plus fréquent.

M. Foucher : Sur un radius normal, le bord postérieur de la face articulaire descend plus bas que l'antérieur. Ici ces deux bords sont sur le même plan, donc le bord postérieur est remonté, ce qui ne peut avoir lieu que consécutivement à une fracture avec pénétration au moins à la partie postérieure de l'os. La fracture me semble donc hors de doute sur cette pièce.

10. M. Decès présente deux pièces :

1° Sur un cadavre de cinquante-cinq à soixante ans, livré aux travaux anatomiques, notre collègue a trouvé des deux côtés un sinus sus-orbitaire séparé du sinus frontal par une

cloison osseuse. Ce sinus anormal communiquait avec le méat supérieur.

11. 2° Des fragments d'une rate recueillie sur un enfant de vingt et un mois mort du croup.

M. Decès pense que c'est là une *rate cireuse*, affection caractérisée par la présence de ces amas irréguliers et transparents que M. Ch. Robin décrit sous le nom de *symplexions*. Il fait remarquer que le sujet sur lequel elle a été prise était parfaitement constitué, qu'il n'était ni rachitique ni tuberculeux. Or on se souvient que M. Führer, agrégé à l'Université d'Iéna, dans une des séances de l'année dernière, avait dit que cette affection avait été surtout observée chez des individus atteints de maladies des os.

M. Trélat : La rate que nous présente M. Decès est assurément malade, car elle est d'une dureté plus grande que de coutume ; mais elle diffère sensiblement des rates cireuses. Ces dernières sont d'une couleur rouge betterave, un peu translucides, donnant au doigt qui les presse la sensation de la cire à modeler ; elles se dessèchent sans se ramollir, en prenant un ton plus foncé. Au contraire, ici la couleur est brune, la substance poisseuse, il n'y a aucune transparence, la dureté générale est moins grande. Cette altération doit donc être distinguée de celle qui est constituée par des symplexions.

12. M. Pineau montre deux pièces :

1° *Anévrysme de la portion horizontale de la crosse aortique.*

Lemousseu, cinquante-quatre ans, entré le 19 avril, mort le 23.

Bonne constitution ; aucune maladie antérieure du cœur ; pas de rhumatisme articulaire, pas de gonflement des jambes ; rien, en un mot, ne faisait supposer une affection aussi grave. Un peu de dyspnée quand le malade travaille plus que d'habitude.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, et à la suite d'un effort pour lever un fardeau, il est pris subitement d'un crachement de sang qu'il évalue à 4 litre. La dyspnée persiste et augmente à un tel point que le malade se décide à se faire soigner.

Symptômes. — Légère voussure de la partie antérieure et supérieure gauche de la poitrine. Le creux sous-claviculaire de ce côté est sensiblement effacé ; il est le siège de battements énergiques qui soulèvent la main. Matité absolue s'étendant depuis la clavicule jusqu'à 4 centimètre environ au-dessous du sein gauche ; plus bas, sonorité ; matité sous-sternale s'étendant un peu au delà du bord droit du sternum. A l'auscultation, mouvements isochrones à ceux du cœur ; pas de mouvement d'expansion ; mouvement de soulèvement ; ni souffle ni frémissement ; aucun symptôme de compression des organes voisins. Pas de douleur, si ce n'est quand on percute, et encore est-elle légère.

M. Nonat diagnostique un anévrysme de la crosse de l'aorte, et, d'après le crachement de sang antérieur, il suppose que le poumon doit faire partie de la poche. Il rappelle, à ce propos, un cas semblable qu'il a vu à la Salpêtrière.

Mort subite le 23 au matin, avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne.

Autopsie. — La plèvre contient environ 3 litres de sang liquide et en caillots. Le cœur est dévié à droite. Vaste tumeur dure et arrondie formée par le sommet du poumon gauche. La partie inférieure et interne du même poumon offre une vaste rupture, à travers laquelle s'écoulent des caillots de sang noirâtre. — *Ouverture du cœur.* Cavités ordinaires ; plaques cartilagineuses au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte. Au niveau du coude formé par la portion ascendante et par la portion horizontale de la crosse, deux ouvertures : l'une, située en arrière, constituée par la lumière du vaisseau ; l'autre, en avant de la précédente, conduit dans la poche anévrysmale, de la grosseur du poing. Parois constituées par la tumeur celluleuse ; l'interne et la moyenne sont rompues. En avant, la paroi est constituée par le tissu pulmonaire lui-même. Caillot volumineux offrant quelques traces de stratification ; il est roulé en forme de cornet de papier, et présente à son centre une cavité de la capacité d'un dé à coudre. En bas et en dedans, large crevasse tapissée de caillots noirâtres, communiquant d'une part en haut avec le sac anévrysmal, et en bas avec la rupture du poumon. Trachée, tronc brachio-céphalique, carotide primitive et sous-clavière gauches sans altérations.

13. 2^e Fistule pulmonaire.

Maréchal, quarante-cinq ans, journalier, entré le 22 avril, mort le 23.

Tous les signes rationnels de la tuberculisation pulmonaire.

Symptômes d'épanchement dans le côté droit de la poitrine ; matité complète en bas. De plus, râle caverneux au sommet, son amphorique, et tintement métallique très manifeste. Le malade est à l'agonie quand il entre à l'hôpital.

Autopsie. — Épanchement assez considérable dans la plèvre. Sur la partie latérale du poumon se voit un orifice arrondi de la largeur d'une petite lentille, donnant passage à l'air insufflé dans la trachée. Cet orifice communique avec une caverne du volume d'une petite noix. Au sommet du poumon se trouvent de nombreuses cavernes. Même état du poumon gauche.

14. M. Lala montre deux pièces :**4^e Des tubercules du rein.**

Le malade était âgé de vingt-sept ans. Il est arrivé à l'hôpital vers la fin d'avril, dans un état de consommation très avancée.

A l'examen, on n'a rien trouvé du côté du ventre et de la poitrine. Dans la région hypogastrique seulement, existait une tumeur grosse comme les deux poings, molle et fluctuante, placée immédiatement au-dessus de la symphyse des pubis. M. Malgaigne a pensé d'abord à un abcès placé entre les parois abdominales et la face antérieure de la vessie, qui communiquerait avec ce réservoir. Il sortait, en effet, de la vessie, du pus en très grande abondance, mélangé à de la substance d'aspect tuberculeux. Le malade ayant succombé peu de temps après son entrée à l'hôpital, le diagnostic n'a pas pu être complété.

A l'autopsie, on a trouvé la vessie distendue, pleine d'un pus fétide. Les parois abdominales, amincies, éraillées, lui permettaient de proéminer en avant, au-dessus de la symphyse.

Les uretères étaient un peu dilatés au niveau de leur insertion sur la vessie. Les bassinets étaient aussi un peu élargis. Sur la périphérie du rein on remarquait des granulations fines, grisâtres. Les deux reins ayant été incisés sur leur bord convexe, on a pu voir des granulations fines, grisâtres, disséminées dans la substance

corticale. Nous avons cru à une infiltration tuberculeuse. Le rein droit présentait en outre deux petites tumeurs grosses comme deux petits marrons, formées par de la substance grisâtre, ramollie. Sur le rein gauche on ne voyait qu'une seule tumeur. Elles siégeaient dans la substance tubuleuse, et présentaient un commencement d'excavation qui communiquait avec un calice rempli de pus. J'ai cru avoir affaire à des tubercules ramollis. Notons qu'on n'a pas trouvé trace de tubercules dans les autres organes. Le malade aurait donc succombé à une tuberculisation rénale?

15. 2° Une tumeur hydatique du pubis gauche.

La malade était âgée de quarante-sept ans. Elle était entrée dans le service de M. Denonvilliers, pour une tumeur qu'elle portait sur la partie supérieure et interne de la cuisse.

Cette tumeur, grosse comme le poing, était molle, non douloureuse à la pression. M. Denonvilliers pensait à un lipome ou à un abcès. Une incision a été pratiquée; il est sorti du pus; on n'a pas remarqué d'hydatides. L'examen le plus minutieux avec le stylet n'a pas pu rendre compte de la formation et de la cause de cet abcès.

La malade a succombé trois jours après. Rien, pendant la vie comme après la mort, n'a rendu compte de cette mort imprévue.

A l'autopsie, on a trouvé un abcès situé derrière l'os pubis et le trou obturateur gauche. La portion horizontale du pubis était dénudée et infiltrée d'hydatides qui avaient envahi la portion verticale du pubis ainsi que la cavité cotyloïde, qui était perforée en deux endroits. Ces vésicules hydatiques n'étaient point enveloppées d'une membrane kystique. Elles semblaient infiltrées dans le tissu spongieux de l'os. Le pubis étant dénudé seulement sur sa face postéro-supérieure, le stylet, sur le vivant, ne pouvait point arriver sur la partie malade de l'os. L'abcès, situé derrière le pubis, communiquait avec l'abcès de la racine de la cuisse à travers le trou obturateur.

16. M. Nadaud fait voir une tumeur glandulaire du voile du palais, et communique ce qui suit :

Baudier, âgé de cinquante et un ans, fondeur en cuivre.

4 avril. Cet homme, d'une forte constitution, a été souvent atteint, depuis son adolescence jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, de fréquents et violents maux de gorge. Il éprouvait depuis une dizaine d'années, et de loin en loin, des accès d'asthme.

Il y a six mois, ressentant une certaine gêne lorsqu'il parlait, il examina sa bouche, et constata l'existence d'une petite tumeur développée dans le voile du palais. Cette tumeur alla sans cesse en augmentant de volume, et présente aujourd'hui la grosseur d'une noix ordinaire.

Le malade nous apprend qu'en ville un médecin pratiqua une incision sur la tumeur, pensant avoir affaire à un abcès, mais qu'il ne s'en écoula que du sang.

Cette tumeur, située dans le voile du palais, a, comme je l'ai déjà dit, le volume d'une noix ordinaire. Sa consistance est dure, ferme, comme fibreuse. La membrane muqueuse, qui la revêt du côté de la bouche, glisse facilement sur elle.

Le doigt, porté sur le bord libre du voile du palais pour la circonscrire, constate qu'elle fait en arrière, près des orifices postérieurs des fosses nasales, une saillie moins prononcée qu'en avant.

Malgré le volume considérable que présente cette tumeur, le timbre de la voix n'est nullement altéré; l'articulation seule des sons est modifiée. On dirait que le malade parle avec un caillou dans la bouche.

La déglutition n'est nullement gênée; jamais cette tumeur n'a été douloureuse. Les ganglions voisins sont parfaitement sains: aucun d'eux ne présente trace d'engorgement.

42. Cet homme sort pendant quelques jours de l'hôpital, pour des affaires de famille, et y rentre au bout d'une huitaine, atteint d'une pneumonie du côté gauche, à laquelle il succombe avant qu'on ait pu lui faire l'extirpation de sa tumeur.

M. Laugier pratique sur le cadavre l'opération de la manière suivante: Sur la face antérieure du voile du palais, il fait une incision longitudinale qui divise la membrane muqueuse et conduit sur la tumeur. Il la saisit avec une érigne double et l'attire, à l'aide d'une légère traction, de la loge dans laquelle elle se trouvait enchâssée. C'est à peine s'il a besoin de détruire, à l'aide d'une spatule, les liens cellulaires qui l'unissent aux parties environnantes. Cette tumeur avait son siège entre la couche antérieure des muscles

du voile du palais et la muqueuse qui revêt ces muscles.

Examinée au microscope par M. Robin, elle a présenté les caractères suivants : culs-de-sac glanduleux tapissés par de l'épithélium pavimenteux et reliés entre eux par du tissu fibro-graisseux.

DILATATION DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE DROIT. INSUFFISANCE DE LA VALVULE TRIGLOCHIME; observation recueillie par M. Goupil.

Au n° 4 de la salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Briquet, était une femme, Désirée George, âgée de trente-deux ans. Cette malade, que plusieurs des membres de la Société ont examinée, présentait la coloration violacée, toute spéciale, de la face, à laquelle on a donné le nom de cyanose. Les lèvres, les orifices des narines, la muqueuse buccale étaient d'un rouge violet et très tuméfiés; la langue était volumineuse, gonflée, d'un pourpre foncé, sans aucun enduit. La face, les mains présentaient la même coloration, bien qu'à un moindre degré, et étaient, comme le cou et les membres supérieurs, le siège d'un œdème dur; une pression un peu forte y laissait l'empreinte du doigt, bien moins marquée toutefois qu'aux membres inférieurs, siège d'un œdème beaucoup plus considérable, quoique sans changement de couleur à la peau. Les veines du cou, celles du côté droit surtout, étaient gonflées, apparentes; la jugulaire présentait très nettement le phénomène connu sous le nom de poulx veineux, bien appréciable à la vue comme au toucher; de plus, si avec un doigt on comprimait cette veine à sa partie moyenne, au lieu de se vider au-dessous du doigt, elle se gonflait au-dessus comme au-dessous, et l'on sentait très manifestement la poussée du sang à chaque systole, moins nettement toutefois qu'aux artères radiales.

A l'examen de la poitrine, on trouvait une sonorité un peu exagérée des deux côtés en arrière, et même en avant, jusqu'au sternum, la matité précordiale étant presque nulle. L'auscultation faisait percevoir dans toute l'étendue de la poitrine des râles sonores et muqueux très abondants. Sous la main, le cœur présentait une impulsion assez marquée, sans frémissement cataire. A sa base, les bruits étaient normaux, et on les entendait tels le long de l'aorte

et de la carotide gauche, ainsi que dans tout le côté gauche de la poitrine; mais, au-dessous du sein gauche, vers le 5^e espace intercostal, tout près du sternum et un peu en dedans de la pointe du cœur, on entendait un bruit de souffle très limité, s'étendant transversalement au-dessous du sternum, de gauche à droite, dans une étendue d'environ 2 pouces. Ce bruit de souffle bien marqué, peu rude, coïncidait avec le premier temps sans être présystolique, et s'étendait un peu sur le petit silence, le second bruit restant parfaitement normal. Les battements du cœur étaient fréquents, mais réguliers, ne présentant jamais de palpitations; le pouls radial était peu large, mais sans aucun caractère spécial. Ajoutons que le foie était un peu volumineux, et que l'abdomen présentait tous les signes d'une ascite peu considérable; enfin, que les urines étaient rougeâtres, peu abondantes et albumineuses.

A ces phénomènes, que je constatai le 8 avril 1856, quand je vis la malade pour la première fois, ajoutons les renseignements que me fournit cette femme, assez intelligente, bien développée et d'une taille moyenne.

Née de parents d'une bonne santé, elle sait que c'est vers l'âge de huit mois que le visage a commencé à présenter cette teinte cyanique qu'il a toujours gardée depuis et qu'il présente encore aujourd'hui; néanmoins, elle se portait bien, et n'a eu jusqu'à présent aucune maladie grave, bien que, dès sa première enfance, elle ait eu la respiration courte, à ce point, dit-elle, qu'elle ne pouvait jouer avec les autres enfants, ni courir, ni monter un étage sans essoufflement très marqué. Réglée seulement à vingt ans, elle le fut régulièrement chaque mois depuis ce temps, peu abondamment à la vérité et pendant deux jours seulement, sans que jamais ni suspension des règles, ni aucun phénomène eût pu faire soupçonner un commencement de grossesse. Depuis longtemps (au moins dix ans), ses jambes enflent facilement dès qu'elle se fatigue; mais depuis plusieurs années elles sont plus ou moins œdématisées, sans jamais devenir à l'état normal. L'année dernière, à pareille époque, elle s'est enrhumée: cette bronchite, accompagnée d'une dyspnée très considérable, l'a obligée à entrer à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Tessier; au bout de dix-sept jours, elle est sortie très soulagée, bien qu'ayant toujours du gonflement des jambes et des parois abdominales, mais assez bien portante toutefois pour re-

prendre ses occupations de domestique. Vers la Toussaint, ses règles ont cessé de paraître et ne sont plus revenues depuis, sans qu'elle eût aucune douleur aux époques menstruelles. En janvier, la face et les bras ont notablement enflé, et, depuis six semaines, la dyspnée et la toux, survenues peu à peu, ont tellement augmenté, qu'elle s'est décidée à entrer à la Charité le 24 mars. Là, quatre larges saignées, dans lesquelles, au dire de la malade, le sang était d'un rouge vermeil, bien que sortant par un jet régulier et non saccadé, ont chacune amené une amélioration notable bien que passagère. Depuis, la dyspnée s'est accrue, s'accompagnant d'une toux très fatigante pour la malade et n'amenant aucune expectoration.

Aujourd'hui, cette femme est en proie à une dyspnée assez intense, sans orthopnée toutefois; la respiration est fréquente, la voix faible; la soif est vive bien que la peau soit fraîche, l'appétit nul, le goût complètement aboli; la mémoire faible, promptement fatiguée; la malade est surtout tourmentée par une insomnie presque continuelle: elle ne peut s'endormir cinq minutes sans éprouver une sorte de défaillance, et le moindre assoupissement s'accompagne toujours de cauchemar et de rêves pendant lesquels la malade croit tomber dans l'eau. Toutefois, cette femme a encore assez de force pour se lever et aller à la selle; mais, le lendemain 9 avril, la dyspnée augmente, puis la malade tombe dans une sorte de coma, et meurt dans l'après-midi.

Cette cyanose si spéciale, remontant aux premiers mois de la vie, cette dyspnée toujours croissante, cette gêne considérable de la circulation veineuse, avaient porté à penser que dans ce cas on avait affaire à une communication des cavités droites et gauches du cœur; il faut cependant reconnaître que, bien que nous eussions fixé l'attention de la malade sur ce point, jamais, disait-elle, elle n'avait été sujette à des accès de dyspnée et d'étouffement, se renouvelant plus ou moins fréquemment et à des intervalles divers: il nous manquait donc ce fait, que M. Louis, dans un mémoire sur la communication des cavités gauches et droites du cœur, regarde comme un des meilleurs signes de cette affection. Du reste, nos prévisions ne furent pas confirmées par l'examen nécroscopique.

A l'autopsie, les deux poumons, légèrement emphysémateux à leurs bords antérieurs, couvraient presque complètement le cœur; ils étaient volumineux, lourds, d'un rouge violacé; leur coupe,

lisse et nette, laissait écouler une sérosité sanguinolente, spumeuse, très abondante, et nous n'avons trouvé ni portion hépatisée, ni tubercules. Le foie, assez gros (22 centimètres de hauteur sur 23 de largeur et 8 d'épaisseur), était fortement congestionné, et présentait l'aspect d'un granit fauve et brun foncé; ses veines laissaient écouler un sang brunâtre très foncé. Les reins, également augmentés de volume (13 centimètres de hauteur sur 6 de largeur et 5 d'épaisseur), offraient une congestion non moins prononcée. Les veines des intestins et de l'estomac étaient gonflées, bleuâtres; mais ces organes, ainsi que l'utérus, les ovaires et la vessie, étaient parfaitement sains.

Les veines des membres supérieurs, jugulaires et thyroïdiennes, étaient bleuâtres, gonflées comme lorsqu'on a poussé une injection par la veine cave supérieure. Cette dernière était remplie de caillots comme de la gelée de groseille, et notablement épaissie.

Le péricarde, incisé les viscères étant encore en place, contenait à peine quelques gouttes de sérosité. Le cœur, que je vous présente, était couché sur son bord droit, qui était complètement horizontal, ainsi que l'oreillette droite, toute gonflée par de volumineux caillots sanguins, mollasses, d'une couleur gelée de groseille.

Le cœur étant enlevé avec les gros vaisseaux, nous avons constaté qu'il était beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal (sa circonférence à la base du cœur étant de 27 centimètres et sa hauteur de 43); sa forme est globuleuse; sa pointe, très arrondie, est formée par le ventricule droit, contrairement à l'état normal. C'est du reste uniquement aux dépens de ce ventricule qu'a lieu l'augmentation de volume du cœur (car le bord droit, du sillon auriculo-ventriculaire à l'union des deux ventricules à la pointe du cœur, mesure 43 centimètres, le gauche n'en ayant que 44; ces mesures étant prises après avoir débarrassé le cœur droit des caillots fibrineux qu'il contenait, tandis que le gauche était presque complètement vide).

Les parois des cavités droites étaient non moins augmentées que les cavités elles-mêmes; ainsi les parois de l'oreillette droite ont 7 millimètres quand dans le point correspondant celles de la gauche n'ont que 2 millimètres; de même les parois du ventricule droit à la partie moyenne présentent 45 millimètres d'épaisseur, celles du ventricule gauche n'en présentant que 47, proportion

toute différente de celle que l'on observe à l'état normal.

L'artère pulmonaire et l'aorte étaient saines, le canal artériel était oblitéré, et nous nous sommes assurés, au moyen de l'eau, que les valvules sigmoïdes de ces deux artères étaient suffisantes; puis, ouvrant ces deux artères jusque dans le ventricule, nous avons constaté que ces valvules étaient saines et souples, que seulement la circonférence de l'artère pulmonaire à sa naissance était de 8 centimètres, tandis que celle de l'aorte n'était que de 6; les ventricules étaient sains, à part l'augmentation de capacité du ventricule droit, et leur cloison ne présentait aucune perforation, aucune trace de communication.

Les oreillettes étant ouvertes, on est frappé de l'ampliation de l'oreillette droite par rapport à la gauche; mais, quelque soin que nous y ayons mis, nous n'avons pu trouver aucune trace de communication entre les deux oreillettes. Le trou de Botal est complètement fermé; mais quand on considère les deux orifices auriculo-ventriculaires, on est étonné de la différence qui existe entre eux; le gauche n'admet guère que deux ou trois doigts et n'a que 8 centimètres de circonférence, tandis que le droit admet l'extrémité des cinq doigts et a une circonférence de 43 centimètres. En versant de l'eau par la pointe des ventricules, ce que nous avons essayé avant de les ouvrir complètement, l'eau ne passe pas dans l'oreillette gauche; à droite, au contraire, pour obtenir ce résultat, il faut aplatir en le comprimant le ventricule droit. La valvule tricuspide paraît saine; ses replis membraneux ne présentent qu'un léger gonflement analogue à une légère infiltration au niveau de l'insertion des tendons des colonnes charnues, et, à l'exception de la lame postérieure, ces valvules sont souples et mobiles; leur étendue est parfaitement normale, car l'externe mesure 20 millimètres de hauteur, la postérieure 45, et l'antérieure 42. Mais ces valvules, parfaitement suffisantes si l'orifice ne présentait que son étendue normale, 7 à 8 centimètres de circonférence, tout en restant saines, deviennent parfaitement insuffisantes pour un orifice ainsi élargi et double de l'état normal, tel que celui que nous avons sous les yeux.

Cette lésion (élargissement de l'orifice auriculo-ventriculaire et insuffisance de la valvule tricuspide) rend un compte parfait des symptômes observés pendant la vie: œdème très marqué des mem-

bres inférieurs, puis de la face; congestion veineuse très considérable, surtout dans les troncs veineux partant de la veine cave supérieure, poulx veineux, enfin bruit de souffle au premier temps, siégeant exactement au niveau même de l'orifice auriculo-ventriculaire et s'étendant un peu de gauche à droite. Il est même rare, dans les maladies du cœur, de voir les lésions expliquer aussi complètement les phénomènes observés pendant la vie, et probablement on fût arrivé au véritable diagnostic si l'on ne s'était pas laissé entraîner par ces deux considérations : 1° la rareté des affections du cœur droit ; 2° le fait d'une lésion congénitale.

Quant à sa cause, elle est évidemment inconnue ; nous avons même remarqué, après une recherche attentive, que les oreillettes comme les ventricules ne présentaient aucune trace d'endocardite.

Quant au mode de production du bruit de souffle, il est évident qu'ici on ne saurait l'expliquer par le frottement contre des valvules rudes ou ossifiées, comme cela arrive ordinairement dans la plupart des cas de rétrécissement avec insuffisance valvulaire ; ne doit-on pas l'attribuer, comme l'a fait remarquer M. Axenfeld, à la vibration des valvules qui, malgré leur tension, laissent à chaque systole ventriculaire repasser une ondee sanguine dans l'oreillette, et sont ainsi mises en vibration. A l'appui de cette opinion, j'ajouterai que deux fois j'ai vu une insuffisance aortique causée par la présence de deux valvules sigmoïdes seulement ; cette affection congénitale était de même accompagnée d'un bruit de souffle doux au second temps, bruit que l'on ne pouvait, dans ces cas, attribuer au frottement contre des valvules indurées ou ossifiées, car dans ces deux cas les valvules étaient souples, saines, mais insuffisantes.

Une des causes qui ont le plus agi pour amener le médecin à une erreur de diagnostic était, sans contredit, cette coloration spéciale que l'on sait se appartenir aux communications des cavités droites et gauches du cœur, et que Breschet attribuait au mélange des sangs artériel et veineux ; à la vérité, M. Louis a démontré, dans le mémoire que nous avons cité plus haut, que cette coloration cyanosée tenait à la lenteur de la circulation veineuse et non au mélange des deux sangs. Le fait que nous consignons ici est une nouvelle preuve, des plus irréfragables, que l'on puisse apporter à l'appui de cette opinion.

FRACTURE DU ROCHER GAUCHE, observation recueillie par
M. WIELAND, interne à l'Hôtel-Dieu.

Un enfant de quinze ans, Jacques Jeanssens, est amené à l'Hôtel-Dieu, le 20 janvier, dans un état de coma profond, ne pouvant donner aucun renseignement. Voici ce que nous apprenons des parents.

En jouant le soir, il y a douze jours (8 janvier), il tomba dans une cave dont l'ouverture était au niveau du sol (la hauteur de la chute est évaluée à 45 pieds environ). La tête porta la première, et, nous disent les parents, il y eut une bosse volumineuse située en arrière, au-dessus de l'oreille droite; mais l'examen de la tête nous porte à croire qu'il y a erreur de leur part, car de ce côté on ne trouve que les traces d'une contusion insignifiante, tandis que du côté de la fracture, à gauche, il y a encore les vestiges d'un épanchement sanguin très considérable. On releva l'enfant sans connaissance, et l'on remarqua un écoulement de sang abondant par le nez et par l'oreille gauche; celui-ci s'arrêta bientôt; il n'y eut pas écoulement de sérosité. — Sorti de l'état comateux, le blessé fut pris d'un délire violent qui dura trente-six heures, pendant lesquelles il conserva la liberté complète de ses mouvements. Un médecin appelé lui appliqua 8 sangsues à l'anus et prescrivit de l'huile de ricin. La santé parut se rétablir complètement; en effet, l'enfant allait et venait, mangeait avec appétit; l'intelligence, la sensibilité étaient conservées; pas de déviation de la bouche ni de strabisme; seulement il accusait un mal de tête violent, continu, et paraissant localisé à gauche.

Le vendredi 18, vers le soir, la céphalalgie augmente; perte de connaissance, cris, agitation. Cet état persiste pendant toute la journée du 19 et celle du 20. — Dans la soirée, il est amené à l'hôpital. Nous le trouvons dans l'état suivant.

État actuel. — 20 janvier. Perte de connaissance complète; de temps à autre, cris qu'il redouble lorsqu'on lui soulève la tête; paupière droite incomplètement fermée, gauche tout à fait close; pupilles égales et contractées; teinte ecchymotique très prononcée de presque toute la région latérale gauche de la tête; pouls assez fort et lent. — Saignée; quoique l'incision soit large, il sort à peine en bavant 400 grammes de sang. Sinapismes.

21. Même état à peu près. La tête est dans l'extension ; lorsqu'on la soulève, elle résiste, entraîne avec elle la poitrine ; il y a un certain degré de contracture dans les muscles du cou ; les mouvements forcés sont douloureux, car le malade pousse des cris aigus, et sa figure exprime la souffrance. — Purgation ; 20 sangsues derrière les oreilles.

22. Décubitus dorsal ; abattement considérable ; visage pâle ; traits immobiles, déviés à gauche. Cette disposition s'exagère sous l'influence des causes qui font contracter les muscles du visage ; la commissure gauche est alors notablement attirée vers l'oreille du même côté. L'œil droit est incomplètement fermé ; l'autre, au contraire, est comme convulsivement clos. Les pupilles sont contractées. Plaintes continuelles ; agitation fréquente des membres inférieurs, beaucoup moindre pour les supérieurs, surtout le droit. La sensibilité persiste. — Expiration pénible et bruyante ; pouls très fréquent, dépressible ; déglutition très difficile. Aucune trace d'écoulement séreux par l'une ou l'autre oreille. — 20 sangsues derrière chaque oreille ; lavement purgatif.

Le malade succombe à quatre heures après midi.

Autopsie. — Le crâne et le cerveau seuls ont été examinés. Le cuir chevelu étant décollé, on constate entre lui et le péricrâne l'existence d'un large épanchement sanguin formant une ecchymose de 6 à 8 centimètres de diamètre, située à la partie postérieure de la fosse temporale gauche. Le crotaphyte du même côté est infiltré de sang dans toute son épaisseur. *Rien de semblable du côté opposé.*

Une fêlure indiquée par une ligne noirâtre apparaît au-dessus de ce muscle et s'élève verticalement jusqu'au niveau de la bosse pariétale gauche.

La voûte crânienne est divisée à l'aide d'un trait de scie horizontal, et enlevée avec la portion des hémisphères cérébraux qu'elle renferme. On découvre alors que la fracture se prolonge en bas sur la portion écailleuse du temporal par un trajet sensiblement rectiligne ; parvenue au niveau de la suture sphéno-temporale, en dehors du trou ovale, elle change brusquement de direction, le franchit en se couvant à angle droit, détache entre le trou ovale et le trou déchiré antérieur quelques esquilles *fort petites*, et partage le rocher en deux, en passant au niveau de l'oreille interne, à 4 centimètre $4/2$ environ en dehors de l'ouverture du conduit au-

ditif interne, descend sur la face postérieure du rocher et s'arrête à la partie moyenne du bord antérieur du trou déchiré postérieur. — La dure-mère est décollée dans une grande étendue au niveau de la fosse temporale gauche, par un épanchement assez considérable de sang noir. — L'enveloppe fibreuse du cerveau n'est le siège d'aucune déchirure apparente. — La membrane du tympan vers sa partie postérieure présente une déchirure ovale d'une étendue de 4 à 2 millimètres à peu près. — Cerveau ferme; pas d'hémorrhagie étendue. Seulement quelques petits épanchements circonscrits sur le bord interne du lobe postérieur droit; ils sont superficiels, et ne dépassent pas la couche corticale. — Méningite de la base, couleur laiteuse, opaline de l'arachnoïde très marquée au niveau de l'espace antérieur qui renferme de la sérosité purulente; adhérence de cette membrane à la couche corticale. — Rougeur. — Une petite masse de pus concret au niveau du chiasma des nerf optiques.

Rapport de M. TRÉLAT sur l'observation précédente.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre; je vais essayer de vous le montrer.

Et d'abord, un renseignement donné par les parents du blessé aurait pu induire en erreur sur la cause réelle de la fracture. Il y avait eu, disait-on, une tuméfaction considérable au-dessus de l'oreille droite, peu de temps après l'accident, et la fracture siégeait à gauche; il n'y avait rien du côté droit. M. Bailly vous a fait valoir cette tuméfaction, et a émis l'opinion que nous avons peut-être affaire à une fracture par contre-coup, et de la meilleure espèce, car elle eût été située au point diamétralement opposé à celui du choc. Le cas eût été précieux; mais il faudrait être bien complaisant vis-à-vis de la théorie pour admettre un semblable mécanisme, lorsque nous trouvons à gauche, côté de la fracture, un énorme épanchement sous la peau, dans le temporal et sous le crâne, tandis que rien de semblable n'existe de l'autre côté. Nous avons donc la preuve matérielle, brutale, pour ainsi dire, que le choc a bien porté sur la bosse pariétale gauche.

De là la fracture descendait sur l'écaille du temporal pour ren-

contre la suture sphéno-temporale un peu en avant du trou ovale. A ce niveau, au lieu de continuer son trajet vers le corps du sphénoïde, elle se coudait à angle droit pour se porter en arrière vers le rocher. Cette direction est tout à fait insolite, ainsi que M. Baudet vous l'a fait remarquer. D'habitude, ces fractures qui succèdent à des chocs appliqués sur la bosse pariétale marchent parallèlement au bord antérieur du rocher et s'épuisent sur le sphénoïde, ou bien le traversent pour se perdre dans les fosses supérieures ou moyenne du côté opposé. Notre fait échappe complètement à cette règle générale. Est-il possible de trouver la cause de cette particularité ? C'est, dans mon opinion, à l'âge du sujet qu'on doit l'attribuer. En effet, c'était un enfant de quinze ans. Sur la pièce, que j'ai sous les yeux, la suture occipito-basilaire est encore extrêmement visible, l'occipital, le temporal, sont minces et transparents, le rocher n'a pas encore atteint son complet développement. Or si chez l'adulte le crâne est constitué par une masse rigide dont toutes les pièces sont soudées ensemble ou unies par des sutures immobiles, il n'en est plus de même chez l'enfant, où l'élasticité de la paroi, le jeu des pièces osseuses les unes sur les autres à la faveur de leurs articulations plus lâches, sont la source d'un mode de résistance spécial et bien différent de celui qui existera plus tard.

Nous sommes d'autant mieux fondés à admettre cette explication sur l'élasticité du crâne, que la fracture est incomplète dans une certaine partie de son étendue, où elle n'intéresse que la table interne, et qu'elle s'arrête net à la suture sphéno-temporale. Or on sait que ce rôle protecteur des sutures, très exagéré par les anciens chirurgiens, qui en cela n'avaient fait que copier Hippocrate, que ce rôle, dis-je, avait été nié dans ces derniers temps. C'est qu'en effet, le plus souvent, on voit des traits de fracture franchir sans se dévier les trous et les sutures ; mais c'est une conséquence de l'immobilité absolue, qui n'existe pas ici. Dès lors nous comprenons pourquoi la suture, qui oppose une barrière à la fracture chez l'enfant, la laisse passer outre chez l'adulte.

Les détails qui précèdent n'ont qu'une importance secondaire ; j'arrive au fait capital de l'observation de M. Wieland, fait sur lequel le candidat a eu le tort de ne pas attirer l'attention de la Société. La fracture, continuant à se porter en arrière, ouvre

l'oreille moyenne dont la membrane du tympan est rompue, et passe à 3 millimètres en dehors du conduit auditif interne pour se terminer au milieu du trou déchiré postérieur.

C'est donc une fracture perpendiculaire à l'axe du rocher, faisant communiquer l'oreille interne et l'oreille moyenne, qui s'ouvre elle-même à l'extérieur par la rupture du tympan. C'est dans ces conditions que se produit l'écoulement séreux. Comment se fait-il que nous ne l'observions pas ici? Vous comprenez toute l'importance de cette question; car si l'on arrivait à prouver que, toutes les conditions matérielles de l'écoulement étant remplies, cet écoulement n'a cependant pas lieu, ce serait une rude atteinte portée à la théorie généralement admise aujourd'hui. Cette argumentation a été développée par M. Houel, à propos d'une pièce sur laquelle je reviendrai plus loin. Au premier abord, elle semblerait admissible ici, mais elle tombe devant ce fait que la fracture passe en dehors du fond du conduit auditif, et qu'en conséquence il est absolument impossible que le cul-de-sac arachnoïdien ait été rompu. Dès lors, d'où serait venu le liquide séreux? Par où aurait-il passé? La voie lui étant fermée au fond du conduit, il ne pouvait pas s'écouler au dehors.

Vous vous souvenez, sans doute, d'une pièce présentée par M. Charnal dans une séance du mois de décembre dernier: c'était aussi une fracture du rocher, une fracture perpendiculaire à l'axe passant à travers le fond même du conduit auditif interne et à travers l'oreille moyenne; le cul-de-sac arachnoïdien était manifestement rompu; il n'y avait pas eu d'écoulement séreux. L'explication était bien simple: la membrane du tympan était intacte. Il était donc de toute impossibilité qu'un écoulement quelconque venant de l'oreille moyenne se fît jour à l'extérieur. Néanmoins, M. Houel, peu satisfait de mes réponses à ses objections, déclara, à propos de ce fait, que rien n'était moins bien établi que la théorie actuelle sur les écoulements séreux de l'oreille, et qu'un certain nombre de faits étaient de nature à inspirer à cet égard les doutes les plus sérieux. Il y avait dans cette argumentation, empruntée tout entière à un travail publié antérieurement par M. Houel (1), quelques points erronés que je ne puis laisser passer. C'est ainsi que notre

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1855, n° 8.

collègue indique la possibilité d'écoulements, la membrane du tympan restant intacte ; il s'appuie sur l'examen d'une pièce que j'ai moi-même déposée au musée Dupuytren (1). Sans doute la membrane était intacte, mais au-dessous d'elle la fracture qui longeait le conduit auditif externe mettait en libre communication la caisse tympanique avec l'extérieur. Il était donc peu important que la membrane fût ou non percée, puisqu'à côté d'elle il y avait un libre passage.

Quelques lignes plus loin, M. Houel dit que l'écoulement séreux existe dans les fractures parallèles à l'axe du rocher, dans ces fractures qui longent le bord antérieur de l'os. Ici je proteste, et je déclare à mon tour que c'est là une hérésie qui aurait eu grand besoin de s'appuyer sur quelques faits pour être démontrée. Je n'en connais aucun, jusqu'ici, qui lui soit favorable. C'est de l'écoulement sanguin et jamais de l'écoulement séreux qui a lieu en pareille circonstance.

Ces rectifications établies, passons aux faits cités par M. Houel. Je n'en examinerai que deux, les observations de MM. Ferri et Prescott Hewett ; ce sont les seuls importants. Le dernier surtout, qui n'a pas encore été publié, présente le plus grand intérêt.

Ici la thèse change complètement ; dans les deux cas, on a observé un écoulement séreux, et à l'autopsie il a été impossible de constater les lésions que nous regardons actuellement comme indispensables à sa production.

Ces faits sont précieux à connaître et à enregistrer, mais, d'une interprétation difficile, ils sont plutôt de nature à nous inspirer des recherches plus attentives sur les observations à venir qu'à renverser d'un seul coup les idées reçues. Vous allez en juger.

Un jeune homme (2) faible et rachitique, âgé de vingt ans, tombe sur le côté gauche de la tête. Immédiatement, perte de connaissance, vomissements, hémorrhagie par l'oreille gauche. *Au bout d'une demi-heure*, ce n'est plus du sang, mais un liquide rosé qui s'écoule goutte à goutte, et qui en trois heures devient complètement incolore. Surdité des deux côtés, douleurs vives dans l'oreille gauche. Au bout de trois jours, l'écoulement se supprime ;

(1) Pièce n° 40, C.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1853, page 59.

il reparait après vingt-cinq heures, d'abord sanguin, puis de nouveau séreux, et dure en tout un peu plus de cinq jours. L'accident avait eu lieu le 15 juin 1847; le 21 juillet, le malade quittait l'hôpital guéri, mais conservant l'ouïe dure.

On évalua à près de 4 livres la quantité du liquide qui s'écoula de l'oreille gauche. Il contenait des globules sanguins, du mucus, quelques cellules épidermiques, pas de trace d'albumine; l'analyse chimique n'indiquait que de l'eau et une très minime proportion de chlorhydrate de soude. — Ce n'était pas la composition du sérum, mais ce n'était pas absolument celle du liquide céphalo-rachidien.

Cinq années se passent, et, en septembre 1853, le malade entre de nouveau à l'hôpital pour un abcès au cerveau auquel il succombe au bout de trois jours.

L'autopsie, qui fut faite avec grand soin, mérite toute notre attention :

L'écoulement avait eu lieu du côté gauche; à *droite*, la caisse du tympan était pleine d'une matière jaune rougeâtre, épaisse, molle comme un caillot sanguin. La membrane se trouvait confondue avec les matières renfermées dans la caisse et le conduit auditif externe; les osselets étaient en partie détruits; deux orifices faisaient communiquer la caisse du tympan avec l'intérieur du crâne. En ce point le cerveau et le sinus latéral droit étaient baignés de pus.

Du côté gauche, pas de traces de déchirure de la dure-mère, ni de fracture du rocher. Mais dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, au fond du conduit auditif, quelques taches ecchymotiques récentes, et les vaisseaux de la pie-mère plus développés. D'autre part, la membrane du tympan, vers sa partie inférieure, présentait une petite surface enfoncée, inégale, épaissie, d'un blanc opalin, dont la face interne envoyait des brides irrégulières, qui s'attachaient au plancher de la caisse. Tous les osselets de l'ouïe avaient perdu leurs rapports normaux et étaient déformés, l'étrier était brisé, le promontoire, changé en un enfoncement irrégulier. Enfin, au lieu de la fenêtré ronde, on voyait une membrane blanchâtre deux fois plus grande que celle qui existe d'habitude.

Trois hypothèses se présentent et peuvent être défendues, mais, je me hâte de le dire, aucune d'elles n'est à l'abri d'objections.

La première est une fin de non-recevoir, elle est timidement hasardée par la rédaction de la *Gazette hebdomadaire*. Peut-être qu'au bout de cinq ans on a perdu le souvenir exact du côté de l'écoulement, et alors les lésions si graves que l'on trouve à droite expliquent à merveille un écoulement sérieux de ce côté. Non, elles ne l'expliquent pas, car ces lésions ne portent que sur l'oreille moyenne et non sur l'oreille interne, puis il existe aussi dans l'oreille gauche des désordres importants ; enfin le soin avec lequel l'auteur indique tous ces détails ne permettent pas de croire à une erreur aussi grave.

Dans une seconde hypothèse, adoptée et défendue par M. Ferri, c'est le liquide des cavités labyrinthiques qui serait la source de l'écoulement. L'oreille moyenne et le limaçon ont seuls été compris dans les altérations constatées à l'autopsie ; il n'y a aucune communication avec les réservoirs sous-arachnoïdiens ; c'est donc uniquement du labyrinthe qu'a pu provenir le liquide.

Il nous faudrait donc accepter que ce labyrinthe, qui, normalement, contient une gouttelette de liquide, va, parce qu'il est ouvert, sécréter une livre de ce même liquide par vingt-quatre heures. Ne voyez-vous pas quel riche appareil de sécrétion constitue cette masse compacte du rocher ; et ne concevez-vous pas bien comment une fissure qui le traverse y excite une aussi incroyable activité fonctionnelle ? Ces objections ont été faites vingt fois : elles sont réelles. On se refuse, jusqu'à preuve matérielle, à admettre cette hypersécrétion ; et cette preuve, nous ne la trouvons certes pas dans un fait de la nature de celui-ci, où de longues années, consécutives à la guérison, ont pu amener des changements considérables dans les parties atteintes.

C'est même sur cette considération que je fonde l'opinion que je vous propose. Elle se résume ainsi : Il y a eu, à l'époque de l'accident, une fracture qui faisait communiquer le cul-de-sac arachnoïdien avec l'extérieur. En effet, cette communication, nous pouvons la suivre pas à pas, depuis le conduit auditif externe jusqu'à la fenêtre ronde, jusque dans l'intérieur du limaçon : là nous en perdons la trace ; mais remarquez quelle faible épaisseur nous sépare du fond du conduit auditif interne : la lame criblée du limaçon, pas autre chose. D'un autre côté, si nous nous rappelons qu'à l'époque de l'accident il y a eu une surdité complète, qu'à l'auto-

mais on a trouvé quelques petites ecchymoses sur le cul-de-sac arachnoïdien, qu'enfin ces fractures fissuraires du rocher peuvent très bien se consolider, sans laisser, en quelques points au moins, de cal apparent, nous aurons de fortes présomptions pour croire que notre écoulement séreux provenait bien des réservoirs sous-arachnoïdiens, et qu'il suivait la route usitée en pareille circonstance.

Je ne me dissimule pas qu'on peut m'objecter l'apparition très rapide de l'écoulement, ce qui n'est pas la règle ; sa composition, un peu différente du liquide céphalo-rachidien, puisqu'il ne contenait pas de sels de chaux, pas de traces d'albumine. Mais l'apparition précoce a été notée un certain nombre de fois, et l'on conçoit très bien que l'abondance de la sécrétion modifie quelque peu la composition d'un liquide qui, à l'état normal, ne contient que de très faibles proportions de sels calcaires.

Je passe à l'observation de M. Prescott Hewett. En décembre 1854, ce chirurgien communiqua à la Société de chirurgie le fait suivant, qu'il venait de rencontrer à l'hôpital Saint-George, de Londres.

Un homme de quarante-cinq ans fit une chute de vingt pieds de haut, resta quelques instants étourdi et reprit bientôt connaissance. Il y avait une plaie contuse à la partie postéro-supérieure de la tête à droite, et un liquide séro-sanguinolent coulait en abondance de l'oreille gauche. Cet écoulement continua très abondant pendant trois jours, d'abord rosé, puis complètement limpide ; il diminua le quatrième jour, disparut le cinquième, et fut remplacé le sixième par un petit suintement séro-purulent. Le liquide contenait une notable proportion d'albumine ; mais comme il renfermait toujours du sang, le docteur Bence Jones, à qui l'analyse fut confiée, déclara que les résultats ne pouvaient avoir aucune valeur significative.

Au bout de sept jours, le malade succomba à une méningo-encéphalite coïncidant avec un érysipèle du cuir chevelu.

A l'autopsie, on constata :

Une fracture à bords peu écartés, commençant vers le milieu de la fosse occipitale droite, et se dirigeant vers le grand trou occipital.

Une fissure à peine marquée, qui longeait d'abord le trou occipital, venait se perdre en arrière du trou déchiré postérieur.

Partout la dure-mère est intacte ; les parois du sinus latéral gauche sont parfaitement saines.

Le rocher, examiné à plusieurs reprises, avant et après macération, avec le plus grand soin, par M. Hewett et M. Henri Gray, conservateur du musée de l'hôpital, *le rocher ne présentait aucune trace de fracture sur aucune de ses faces.*

Le cul-de-sac arachnoïdien, la dure-mère, les nerfs, les parois du conduit auditif interne étaient parfaitement sains ; sur le nerf auditif, on voyait une gouttelette de sang grosse comme une tête d'épingle.

La membrane du tympan était largement perforée en avant et en bas.

Les osselets de l'ouïe étaient à leur place ; la base de l'étrier remplaçait la fenêtre ovale ; rien du côté de la fenêtre ronde.

Toute la membrane interne de la caisse du tympan était d'un rouge vif dû à la présence d'un réseau vasculaire très développé ; les cellules mastoïdiennes étaient remplies de pus. Le vestibule, le limaçon et les conduits demi-circulaires ne présentaient aucun changement de coloration : partout ils sont à l'état le plus normal.

Ainsi, messieurs, le fait capital de cette observation, c'est un *écoulement séro-sanguinolent, sans fracture du rocher, sans communication du labyrinthe avec le tympan, sans ouverture de vaisseaux voisins.*

A quelle théorie demanderez-vous la solution du problème ? Aucune ne saurait vous répondre, et vous pourrez successivement passer en revue les nombreuses opinions émises depuis quinze ans sans trouver une solution. Si cependant à tout prix il faut une explication, la seule possible, la seule rationnelle, c'est que le liquide venait de la caisse du tympan ou des cellules mastoïdiennes. Mais alors, voyez la conséquence : comment se fait-il que l'on n'ait pas observé jusqu'ici cet écoulement dans les innombrables fractures de cette espèce ? Comment se fait-il que ce soit toujours du sang et non de la sérosité qu'on ait vu sourdre du conduit auditif ? Et puis où est la source de ce liquide qui filtrait en assez grande abondance pour qu'on pût en recueillir 60 grammes en moins d'une heure ? Ces questions restent sans réponse.

Sachons avouer que, dans l'état actuel de nos connaissances, ce fait reste sans explication. Il ne peut servir à appuyer aucune théo-

rie, mais il n'en renverse aucune non plus ; sa signification nous échappe, nous ne pouvons rien faire autre chose que de l'enregistrer avec soin pour l'avenir.

Mais en le prenant au point de vue séméiologique, vous allez sans doute en tirer cette conclusion : que l'écoulement séreux n'est plus le signe pathognomonique d'une fracture du rocher. Et même si vous êtes peu satisfaits de mes explications sur l'observation de M. Ferri, et que vous persistiez à croire avec l'auteur, chose très admissible, qu'il n'y a jamais eu de fracture du conduit auditif interne, vous aurez deux observations au lieu d'une pour légitimer cette conclusion.

Soit, mais alors il est utile de remarquer que, dans les deux cas, l'écoulement a eu lieu au moment même de l'accident, qu'il a duré quatre ou cinq jours, et qu'il était mélangé avec des globules sanguins en assez forte proportion, et qu'enfin on n'y a pas trouvé cet excès de chlorures alcalins qui constitue un des principaux caractères du liquide sous-arachnoïdien.

Si vous rapprochez ces remarques de ce que l'on sait sur la physiologie de l'écoulement séreux lié aux fractures, vous devrez vous tenir en garde contre l'apparition trop rapide d'un liquide contenant du sang pendant plusieurs jours et ne présentant pas la saveur ou les réactions du sel marin.

Je n'ai pas eu la prétention de reprendre, dans ce rapport, la question si vaste et si difficile des écoulements séreux de l'oreille dans les plaies de tête ; mais j'ai pensé que la Société ne me saurait pas mauvais gré d'avoir porté à sa connaissance et d'avoir discuté devant elle ces deux faits si intéressants.

Après cette lecture, M. Houel dit qu'il n'a jamais entendu donner une théorie complète des écoulements séreux dans les fractures du rocher, mais que pour faire adopter sans conteste l'opinion que le liquide vient toujours des réservoirs rachidiens, il eût fallu prouver que le cul-de-sac arachnoïdien est rompu, que la fenêtre ovale et la fenêtre ronde sont ouvertes, enfin que le tympan est déchiré. Or ces conditions ne se trouvent pas remplies dans la plupart des observations.

M. Trélat répond : Chaque fois qu'une fracture passe par le fond du conduit auditif interne, l'oreille moyenne est fatalement en communication avec le cul-de-sac arachnoïdien, la fracture divisant à la fois le cul-de-sac et la caisse du tympan, il n'y a donc pas lieu de s'occuper de la fenêtre ronde ou de la fenêtre ovale, une large voie étant ouverte par le fait même de la fracture.

XXXI. ANNÉE. — MAI 1856.

SOMMAIRE. — 1. Épanchement sanguin. — 2. Petites tumeurs épithéliales de la dure-mère. — 3. Insertion des vaisseaux placentaires sur les membranes. — 4. Tumeurs épithéliales de la trachée et du larynx. — 5. Tumeur cancéreuse de la face. — 6. Frein anormal sur le dos du gland. — 7. Tumeur blanche. — 8. Striction profonde sur le cou d'un fœtus par l'enroulement du cordon. — 9. Imperforation du vagin, rétention menstruelle, utérus bifide. — 10. Tumeur cancéreuse de la face. — 11. Phthisie galopante. — 12. Absès du foie avec pleurésie et péricardite. — 13. Œuf abortif. — 14 et 15. Hypertrophies simples de la rate. — 16. Kyste hydatique de la rate. — 17. Hernie crurale, étranglement interne. — 18. Kyste pileux suppuré de l'ovaire. — 19. Tumeur synoviale du poignet. — 20. Soudure de l'astragale et du calcaneum. — 21. Soudure du tibia et de l'astragale. — 22. Tumeur de la face. — 23. État du foie dans la fièvre puerpérale. — 24. Conservation des tissus par le perchlorure de fer. — 25. Ostéophyte du fémur. — 26. Épithélioma de la parotide. — 27. Phlegmon péri-utérin. — 28. Lésions multiples du cœur, des artères et du rein chez un goutteux. — 29. Cancer du rein. — 30. Rétrécissement de l'infundibulum du ventricule droit. — 31. Volumineux kyste de l'ovaire coïncidant avec une grossesse. Discussion. — 32. Tumeurs du mésocôlon et de la rate. — 33. Ostéomyélite d'une phalange. — 34. Tubercule des petites bronches.

OBSERVATIONS. — Fractures de côtes, emphysème sous-cutané, hydro-pneumothorax, par M. Labé.

Division congénitale du voile du palais, par M. Sirdey.

Trois observations d'hémorragies méningées doubles, par M. Sirdey. — Rapport de M. Tarnier sur les quatre observations précédentes.

Kyste hydatique du foie, par M. Lala. — Extrait du rapport de M. Vidal sur cette observation.

Angine de poitrine, rupture du cœur, par M. Danner. — Extrait du rapport de M. Vidal.

Hémorragie de la protubérance annulaire, par M. Sénac.

Tumeur fibroplastique de la base du crâne, par M. Sénac. — Extrait du rapport de M. Millard sur ces deux observations.

Arthrites chroniques suppurées de la hanche et du genou, par M. Londe.

Fracture du crâne, épanchement sanguin, par M. Besnier.

Hernie crurale, étranglement, taxis, opération, mort, par M. Besnier. — Extrait du rapport de M. Trélat sur ces deux observations.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Broca communique à la Société quelques détails sur un *épanchement sanguin* persistant depuis neuf mois.

Un cavalier fut violemment renversé de son cheval à la bataille de la Tchernaiâ, en juillet 1855. Le soir même, il existait, à la face externe de la cuisse droite, un gonflement notable qui augmenta pendant quatre à cinq jours. Le blessé éprouvait de la douleur ; sous l'influence du repos et d'applications convenables, toute souffrance cessa bientôt, et, au bout de dix jours, la marche était possible. Depuis cette époque, la tumeur a gardé le même volume, mais le malade a pu se livrer sans aucune gêne à ses rudes occupations.

Le 1^{er} mai, M. Broca examine la tumeur. Elle s'étend, sur la face antéro-externe de la cuisse, sur une hauteur de 30 centimètres environ ; elle est molle. Le toucher y fait découvrir deux phénomènes remarquables. Quand on lui fait subir des mouvements de succussion, on éprouve cette sensation vibratoire des poches hydatiques, sensation liée, comme on le sait, à l'existence d'une poche ne contenant qu'une faible proportion de liquide. Si, d'autre part, on presse sur la tumeur, on perçoit un *cri de l'étain* des mieux caractérisés.

Tenant compte de ces signes et de la cause traumatique de cette tumeur, M. Broca diagnostiqua un de ces foyers sanguins dans lesquels la fibrine se dépose en couche plus ou moins épaisse sur les parois du kyste, et laisse à l'état liquide les globules et le sérum qui peut-être même se reproduit à mesure qu'il se résorbe.

C'est là une variété des plus curieuses par sa marche et par certains phénomènes matériels qu'on ne peut expliquer que par des dispositions idiosyncrasiques.

Une ponction faite avec le trocart explorateur évacua toute la tumeur, et donna issue à 450 grammes de liquide environ ; liquide très coloré en rouge, mais parfaitement fluide. On put constater, alors, que toute la tumeur était bordée par une sorte de bourrelet plus dur et plus saillant ; que le contact et le frottement des parois l'une sur l'autre, et sans interposition de liquide, produisait ce *cri de l'étain* que nous avons déjà noté ; que le frémissement hydatique

ne reparaissait que lorsqu'on injectait dans le kyste une quantité d'eau égale à la moitié du liquide extrait.

L'examen microscopique du liquide a montré que presque tous les globules sanguins sont à l'état normal ; ils se présentent en piles de profil ou obliques : on n'aperçoit du reste, dans le champ du microscope, ni globules blancs ni cristaux d'hématosine, ni fragments de fibrine coagulée.

M. Bauchet J'ai eu occasion d'observer un fait qui offre avec celui-ci de grandes analogies.

Un voiturier avait fait une chute qui l'avait contraint à prendre quelques jours de repos. Au bout de deux mois seulement, il vint me consulter. Il portait à la main une tumeur de 12 à 15 centimètres de hauteur, molle, peu remplie, frémissant sous la main. J'exerçai à sa surface une compression assez énergique pendant un mois. Le traitement ne produisit aucun résultat. Je fis alors une ponction suivie d'une injection iodée. Le malade guérit. Le liquide, au point de vue de la couleur et de la fluidité, était très comparable à celui que nous présente M. Broca.

M. Dufour. J'ai signalé ce fait que, dans les hémorrhagies méningées des enfants, les globules peuvent se conserver très longtemps intacts au milieu du sérum.

2. **M. Gallard** présente des *productions épithéliales trouvées sur la face interne de la dure-mère* chez une femme de vingt-deux ans qui a succombé à une méningite survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde. Les lésions de la méningite étaient parfaitement limitées à la base du cerveau. Sur la convexité on trouve, du côté droit, à 4 centimètre environ du sinus longitudinal, et situées à environ 3 centimètres l'une de l'autre, deux petites ulcérations de la dure-mère. Ces petites perforations, correspondant à des dépressions de la boîte osseuse crânienne, ont le diamètre d'une très petite lentille ; elles sont oblitérées par des corps blancs, d'aspect fibreux, qui sont très probablement des glandes de Pacchioni, lesquelles sont très abondantes chez ce sujet. Néanmoins ce développement excessif des glandes de Pacchioni, qui a amené la perforation de la dure-mère et un commencement de dépression de

la table externe du pariétal, est déjà un fait digne d'être noté, surtout quand il s'observe chez un sujet âgé de vingt-deux ans seulement. Dans la fosse occipitale gauche, on trouve cinq ou six petites productions analogues, qui, à cause de leur siège, ne peuvent plus être confondues avec des glandes de Pacchioni. Elles sont disséminées dans toute la partie postérieure de cette fosse occipitale faisant saillie dans la cavité de l'arachnoïde, et leur coloration, ainsi que leur aspect irrégulier, permet de les comparer, pour l'apparence extérieure, à de petites végétations syphilitiques. Examinées au microscope par M. Dufour, elles ont été reconnues être composées de cellules épithéliales. Dans le poumon gauche de cette même femme, on a trouvé des tubercules crus, les uns miliaires, les autres plus volumineux. La plèvre viscérale interlobaire contenait quelques petites granulations paraissant développées dans son épaisseur et saillantes du côté de la cavité séreuse. Du reste, pas de traces de pleurésie. Dans le péritoine, traces d'inflammation ancienne, avec dépôts pseudo-membraneux et adhérences, limités à l'hypochondre gauche. Les fausses membranes se remarquent surtout sur la face inférieure du diaphragme, la surface de la rate et le lobe gauche du foie.

3. M. Bouteillier envoie à la Société le délivre d'une femme qui a avorté à quatre mois et demi, cinq mois. Ce délivre offre une *anomalie du cordon ombilical*; les vaisseaux qui le composent s'insèrent non pas sur le placenta, mais sur les membranes, à 6 centimètres environ du placenta; ils se divisent avant d'arriver à lui, et, des quatre branches fournies par le cordon, trois se distribuent directement au placenta, tandis que la quatrième longe cet organe en se tenant en dehors de lui, le contourne presque en entier, en lui envoyant çà et là des branches qui se détachent de deux en deux centimètres environ.

Rien de semblable n'existe dans les vingt-six premiers volumes de nos *Bulletins*. Le seul fait qui s'en rapproche est de M. Lorain (t. XIV, p. 361). M. Voillemier a observé un cas dans lequel l'anomalie était encore plus prononcée, et qui se trouve relaté dans l'ouvrage de M. Honoré Chailly (p. 406, 2^e édit.). Ce dernier au-

teur a vu, dit-il, un exemple à peu près semblable à celui de M. Bouteillier. Pour les degrés, on peut établir que le premier est le placenta en raquette; le deuxième, les cas de MM. Bouteillier et Chaillay; le troisième, celui de M. Voillemier; le quatrième, celui de M. Lorain.

Le résultat de ces anomalies doit être d'exposer la femme à une hémorrhagie grave, si le fœtus venait, lors de l'accouchement, à déchirer par son passage un des vaisseaux ainsi isolés.

4. M. Richard-Maisonneuve présente à la Société des tumeurs multiples, composées de végétations épithéliales développées dans la trachée et le larynx.

Audouin, âgé de dix ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants, le 2 avril 1856, service de M. Bouvier. Le mal a commencé il y a deux ans, par un rhume qui a persisté jusque-là. Il y a eu quelques crachements de sang, et l'enfant affirme avoir rendu dans les crachats de petits corps rouges, charnus.

État actuel. — Amaigrissement prononcé, respiration bruyante, sifflante dans les deux temps; aphonie très marquée. L'examen par la bouche ne fait rien découvrir; sonorité exagérée dans toute l'étendue du thorax en arrière; bruit respiratoire nul et remplacé par des râles sonores, à timbres variés; fièvre, sueurs; l'oppression continuelle augmente parfois, et il semble que le malade va succomber à un accès de suffocation. Cet état se prolonge jusqu'au 26 avril, et le malade succombe à une asphyxie lente.

A l'autopsie, on trouve la trachée parsemée de petites tumeurs formées de végétations d'un blanc rose, adhérent mollement par un court pédicule à la muqueuse. Ces végétations avancent jusqu'au-dessous de la corde vocale inférieure et proéminent un peu dans la glotte, sans l'obstruer entièrement. Le microscope montre des cellules épithéliales à noyaux ayant au moins 0^{mm},01; il n'y avait pas trace de tubercules dans aucun organe.

5. M. Genouvillè. — La tumeur que je vous présente a été enlevée par M. Jobert sur un homme de soixante-quatre ans. Elle

siégeait à la région malaire; elle avait débuté il y a sept à huit ans. Il y a six mois, elle avait à peu près la grosseur d'un œuf de pigeon, mais depuis cette époque elle a fait des progrès rapides. Cette tumeur était dure, indolente, et adhérait à l'os, dans l'épaisseur duquel elle pénétrait. Suivant M. Broca, cette tumeur serait de nature cancéreuse.

6. M. Broca met sous les yeux de la Société: 1° Un dessin d'une *anomalie de la verge*, anomalie qui doit être rare et dont M. Broca ne connaît pas d'exemples.

Cette verge présente deux freins, l'un normal, l'autre supplémentaire, situé sur la face dorsale, implanté sur le gland à 4 centimètre de la couronne, et ayant une longueur de 45 millimètres. Cette difformité était congénitale, et du reste l'extrême brièveté du prépuce ne permet guère de supposer qu'elle soit le résultat d'une cicatrice. Ce frein anormal a été excisé, les bords de la plaie fixés par des serre-fines et la guérison a été des plus rapides.

7. 2° Une *tumeur blanche* dont le point de départ a été une affection tuberculeuse de la diaphyse de l'os, affection qui s'est consécutivement étendue à l'articulation.

Cette tumeur blanche, dit M. Broca, diffère de celles que j'ai déjà présentées par son mode d'origine. Dans les exemples que j'avais mis précédemment sous vos yeux, la maladie avait débuté par la synoviale et envahi successivement les cartilages et les os. Généralement chez l'enfant la maladie s'arrête au cartilage épiphysaire, qui sert de barrière et protège la diaphyse de l'os. Mais ici le cartilage épiphysaire a été détruit, et cependant il a servi de barrière, car au-dessus la lésion est peu avancée. La synoviale est malade et adhérente au cartilage articulaire; celui-ci n'est pas altéré, non plus que le tissu sous-jacent. J'ai déjà prouvé qu'il y a des ankyloses fibreuses par soudure des cartilages entre eux, ici nous voyons une soudure de la synoviale au cartilage.

Brodie et les Anglais ont décrit des tumeurs blanches ayant pour point de départ le cartilage articulaire, et ils ont pris pour sujet d'étude l'adulte, dans le cartilage articulaire duquel on ne voit pas de vais-

seaux. — Dans la tumeur blanche que je présente, le cartilage articulaire est sain ; je ne crois pas que la maladie ait débuté par le cartilage sous-épiphyse intermédiaire ; les lésions profondes que nous trouvons sur la diaphyse ont dû préexister aux lésions articulaires, le cartilage épiphyse a été consécutivement détruit, et l'articulation est devenue malade. Ce fait prouverait donc que la protection exercée par le cartilage épiphyse n'est pas absolue.

8. M. Hillairet présente un *fœtus de deux mois et demi à trois mois*. Le cordon enroulé et serré autour du cou a produit une telle striction que la tête ne tient plus au tronc que par un lambeau très mince. Dans le dos et dans la fosse iliaque droite, il a creusé une profonde empreinte. L'ombilic est repoussé à droite, et il y a ectopie du foie. La femme qui est accouchée de ce fœtus, a eu précédemment deux fausses couches, elle a mis au monde trois enfants à terme et qui ont vécu ; chez ces trois enfants le cordon était enroulé autour du cou.

9. M. Voisin présente l'*utérus* d'une femme de vingt-deux ans, morte des suites d'une *réten tion menstruelle causée par imperforation du vagin*. Cette femme, depuis l'âge de quinze ans, éprouvait périodiquement de vives coliques expulsives qui duraient cinq à six jours. Le médecin qu'elle consulta reconnut un obstacle à l'écoulement des règles, et croyant dilater le vagin, il fit une dilatation de l'urèthre assez complète pour permettre des rapprochements sexuels qui eurent lieu deux ou trois fois. Depuis cinq à six mois, les douleurs devenant intolérables, la malade entra à l'Hôpital des Cliniques. M. Nélaton constata une imperforation complète du vagin et reconnut, par le toucher rectal, une tumeur fluctuante communiquant avec une autre tumeur volumineuse située dans la fosse iliaque droite ; du côté gauche, M. Nélaton sentait une petite tumeur dure, qu'il crut être la moitié de l'utérus non dilatée, tandis que l'autre moitié distendue par le sang formait la tumeur fluctuante, diagnostic dont l'autopsie devait démontrer l'exactitude. Une ponction évacua une grande quantité de liquide, couleur chocolat, qui continua à s'écouler pendant les jours suivants. Le quatrième jour,

des accidents de péritonite survinrent et emportèrent la malade.

A l'autopsie, on trouva un vagin très dilaté, un utérus ayant une apparence bifide, la moitié gauche restée à peu près normale et communiquant avec l'autre moitié très dilatée, qui par sa distension formait la tumeur de la fosse iliaque droite. Chacune de ces moitiés avait la trompe, son ovaire et son ligament rond. Une perforation en dehors de la trompe avait donné lieu à la péritonite.

M. Cruveilhier rapporte que chez une jeune fille de dix-huit ans, éprouvant des accidents très graves tous les mois, il trouva une tumeur considérable dans la fosse iliaque droite. La membrane hymen imperforée était distendue, formant une tumeur fluctuante. Une incision cruciale donna issue à deux cuvettes d'un sang couleur chocolat, épais, visqueux, sans odeur, et après cette évacuation la tumeur de la fosse iliaque disparut complètement. M. Cruveilhier pense que cette tumeur était due à la dilatation de l'utérus.

M. Gallard. — J'ai relevé, il y a un an, tous les faits de ce genre; dans 5 ou 6 cas de rétention menstruelle l'utérus était dilaté, et, dans quelques-uns, la trompe participait à cette dilatation.

10. M. Duchaussoy montre une tumeur cancéreuse de la face, pour laquelle il a été obligé d'enlever le maxillaire supérieur. Cette tumeur avait détruit le plancher de l'orbite et la portion antérieure du sinus maxillaire, ne laissant intacte qu'une très petite portion de la branche montante. La plus grande partie de l'os malaire avait été envahie.

11. M. Gallard présente les poumons et la rate d'une femme morte de phthisie galopante, quinze jours après son entrée à l'hôpital. Cette femme dépérissait, avait toutes les nuits des frissons suivis de sueurs abondantes, et l'auscultation ne révélait aucun signe. Six jours seulement avant la mort, on commença à entendre quelques gros râles sous-érépitants. Les poumons sont farcis de tubercules miliaires. Dans la rate on voit deux petites masses tuberculeuses.

M. Maingault rappelle que plusieurs faits de ce genre ont été présentés par M. Leudet.

M. Isnambert a trouvé chez un enfant de douze à treize ans, enlevé par une phthisie galopante, la rate volumineuse et criblée de tubercules miliaires.

12. M. Gallard présente un abcès du foie avec pleurésie et péricardite.

M... François, journalier, âgé de trente-huit ans, entre le 20 mars 1856 à l'hôpital Beaujon (service de M. Béhier). C'est un homme bien constitué, d'une bonne santé habituelle, qui est sujet seulement à des rhumes fréquents mais légers. Il y a six semaines environ il fut pris subitement au milieu de la journée de frisson, puis la nuit suivante d'insomnie et de fièvre, sans troubles aucuns du côté, soit de la respiration, soit des organes digestifs ; il n'y avait même pas de point de côté et l'appétit était conservé. Mais peu de jours après l'administration d'un purgatif, survint une diarrhée qui a été depuis incoercible. Il y a seulement trois semaines que sans avoir quitté le lit, sans s'être exposé au froid ni avoir fait la moindre imprudence, le malade a éprouvé des points de côté avec oppression et gêne de la respiration. Ces symptômes ont progressivement augmenté d'intensité depuis cette époque, et le seul traitement actif mis en usage a consisté dans l'application d'un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, il y a environ cinq ou six jours.

État du malade au moment de l'entrée. — Face amaigrie, anxieuse, lèvres décolorées, chairs molles et flasques ; bouche amère, pâteuse, langue blanche et sale, pas de vomissement, pas d'appétit, diarrhée, cinq ou six garde-robes liquides chaque jour, ventre souple, indolent, bien conformé ; pouls à 100, mou, petit, peu consistant ; respiration haute et fréquente, à 36. Le côté droit de la poitrine est globuleux, malgré la maigreur du sujet, et les espaces intercostaux sont très dilatés, contrairement à ce qui se remarque à gauche ; le cœur est dans sa situation normale, sa pointe bat au-dessous du mamelon gauche ; tout le côté droit est absolument mat. *A la percussion*, la matité se continue sans ligne de démarcation avec celle du foie qui est un peu refoulé dans l'abdomen. Le côté gauche est très sonore. *A l'auscultation*, on entend à gauche dans toute la fosse sus-épineuse une respiration manifestement

amphorique sans râles d'aucune sorte. Au niveau de l'épîné de l'omoplate, cette respiration prend le timbre bronchique et le conserve jusqu'à la base de la poitrine ; mais elle paraît s'éloigner de l'oreille à mesure que l'on descend. La voix retentissante et pouvant être comparée à la pectoriloquie dans la fosse sus-épineuse devient bronchique dans le tiers moyen de la poitrine, puis s'éloigne de l'oreille à mesure que l'on gagne la partie inférieure du thorax ; mais elle conserve jusqu'en bas son caractère broncho-pleurétique. Avec quelque soin que l'on ausculte, on ne trouve aucun râle, soit pendant les simples mouvements respiratoires, soit pendant les grandes inspirations qui précèdent la toux. En avant, les phénomènes observés sont les mêmes qu'en arrière ; à gauche, la respiration est pure et puérile ; à droite, on ne sent pas de vibrations. Ce côté mesure 45 centimètres, tandis que le gauche n'en mesure que 40 (Julep, extr. kina 2 gr. Bagnols 120 gr. Lav. Laudanisés. — Potages, bouillons.

L'état du malade reste le même les jours suivants, la diarrhée seule disparaît à partir du 22. Le 24, l'oppression loin de diminuer a augmenté, il y a 36 inspirations ; on pratique la thoracentèse, il s'écoule 2372 gr. d'un liquide purulent granuleux. Le malade se trouve notablement soulagé après l'opération, il peut se coucher sur le côté gauche, ce qu'il n'avait pu faire depuis plus d'un mois. Le côté droit est devenu moins mat à mesure que le liquide s'évacuait, mais il est loin d'être complètement sonore. La respiration y est moins rude, elle n'a plus son timbre amphorique et elle est mêlée de râles humides. Le nombre des inspirations descend à 32, et à chaque inspiration le côté droit se dilate ; il ne mesure plus que 42 centimètres. Les vibrations y sont perçues mais plus faibles qu'à gauche.

Le mieux augmente graduellement chaque jour. Le 25, un vésicatoire est appliqué sur le côté, une pilule de 0,05 d'opium est ajoutée à la prescription des premiers jours. La respiration redevient caverneuse en haut et reste longtemps mêlée de râles humides à la partie inférieure.

Le 4 avril, le malade se trouve parfaitement bien, il mange deux portions depuis plusieurs jours. La matité existe toujours presque complète à droite, ainsi que le souffle et le retentissement de la voix, qui cependant perdent chaque jour de leur rudesse.

Le 11 avril, à quatre heures du matin, le malade est pris subitement d'une vomique, il expectore sans efforts de toux ni de vomissement des flots d'un liquide purulent, et de quatre heures du matin à six heures du soir il en rend assez pour remplir cinq crachoirs.

A l'auscultation la respiration est presque normale dans le tiers supérieur du poumon droit ; à peine perçoit-on un souffle très léger au niveau de l'angle de l'omoplate, il y a toujours de la matité.

Les jours suivants le souffle augmente et la respiration devient plus faible et plus lointaine.

Le 24 avril, nous trouvons de la matité dans tout le côté droit. En avant, la respiration est mêlée de râles ; en arrière souffle et retentissement de la voix dans la fosse sus-épineuse, absence presque complète du bruit respiratoire dans le bas de la poitrine. Le malade n'a que 92 pulsations et 22 inspirations, il se trouve relativement bien.

1^{er} mai. — Hier, peu de temps après son repas du soir, cet homme a été pris subitement de douleur vive à la région précordiale, avec oppression, anxiété extrême et sensation d'étouffement. La nuit s'est passée anxieuse et agitée ; le malade, ne pouvant s'étendre dans son lit, est resté assis le dos appuyé sur des oreillers, il n'a pas dormi, l'oppression a augmenté.

A la visite du matin, nous le trouvons asphyxiant, la face est anxieuse, les joues pâles, les lèvres cyanosées. Il peut à peine parler et profère à chaque instant des cris plaintifs. Les extrémités sont froides et cyanosées, le pouls à peine perceptible aux radiales ne peut être compté. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne donnent pas pour le poumon d'autres signes que ceux notés les jours précédents. La sensation d'oppression et d'étouffement est la seule dont se plaigne le malade, bien qu'il éprouve encore une douleur précordiale, mais moins vive, moins poignante qu'elle ne l'était la veille : cette douleur s'irradie dans tout le côté gauche et le malade fait de grands efforts d'inspiration.

Il n'y a ni voussure ni matité anormale à la région précordiale. La matité existerait plutôt au niveau de l'épigastre qui est légèrement tendu. Les battements du cœur sont sourds et éloignés, mais les cris et les efforts bruyants que fait le malade pour respirer,

gênent considérablement l'auscultation du cœur qui ne peut être pratiquée avec tout le soin désirable. (Potion cordiale, puis Julep stibié : — 15 vent. scarif à la région précordiale.)

Le soir l'anxiété est plus grande, les battements du cœur sont plus sourds, plus lointains (vésicatoire région précord.). Mort le lendemain (2 mai) à six heures du matin.

Autopsie. — La plèvre droite est remplie de sérosité et de pus. — La sérosité plus légère surnage et s'écoule d'abord presque limpide lorsqu'on ouvre le thorax, plus tard elle devient trouble ; enfin la couche inférieure ne contient plus que du pus crémeux. — Le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale à laquelle il adhère. Son tissu est souple et mou, il ne renferme pas de tubercules. — Le poumon gauche, parfaitement sain, est énormément dilaté ; il s'élance hors de la poitrine au moment où l'on enlève le sternum. Le péricarde renferme environ 450 grammes de liquide citrin contenant des flocons blanchâtres, ses deux feuillets sont tapissés de villosités blanches, épaisses qui le recouvrent partout et donnent au cœur un aspect réticulé très remarquable. Le foie est volumineux, il adhère supérieurement d'une façon très intime avec le diaphragme, et son lobe droit renferme, dans son intérieur, une cavité anfractueuse présentant de 4 à 18 centimètres de diamètre, qui est pleine d'un pus crémeux et blanc. Cet abcès, très rapproché de la face convexe de l'organe, est partout recouvert par le tissu hépatique ; il ne communique ni avec la plèvre, ni avec le péritoine. — Le diaphragme est blanchâtre, induré dans les points qui adhèrent au foie. — Le lobe gauche du foie s'étend sur la face antérieure de l'estomac, c'est à sa présence qu'était due la matité épigastrique constatée le dernier jour de la vie. — Les autres organes sont sains.

Les lésions relatées dans cette autopsie n'ont été présentées à la Société anatomique que huit jours après la mort du sujet. — C'est en faisant macérer les pièces dans un mélange d'une partie de glycérine pour trois parties d'eau (comme me l'avait conseillé mon collègue M. Luton), que j'ai pu les conserver aussi longtemps. — On a pu voir qu'elles n'avaient subi aucune putréfaction, et que les tissus tant normaux que pathologiques avaient, avec leur souplesse, conservé leur coloration intacte.

Un phénomène stéthoscopique important a été noté dans ce cas :

c'est le souffle amphorique qui, d'après les remarques faites presqu'en même temps par M. Barthéz et par M. Behier, doit figurer désormais parmi les symptômes des épanchements pleurétiques considérables. Je ne fais que le mentionner ici. — Je ne m'arrêterai pas davantage à discuter l'opportunité de la thoracentèse et l'influence qu'elle a pu exercer sur la marche ultérieure de la maladie, voulant ne m'occuper que de l'abcès du foie. Cette lésion si grave, qui me paraît avoir été la maladie principale, est, pendant toute la vie, restée inaperçue. Lorsque nous avons interrogé cet homme, nous avons bien trouvé, d'après ses réponses, une irrégularité qui pour nous restait inexpiquée dans la marche de son affection. Ce frisson subit suivi de fièvre, survenant six semaines avant l'entrée à l'hôpital, subitement, sans cause connue, ne s'accompagnant ni d'oppression ni de point de côté, me semblait ne pouvoir être que difficilement attribué au début de la pleurésie, tandis que trois semaines plus tard je croyais manifestement cette phlegmasie à son début quand apparaissaient le point de côté, la dyspnée, l'impossibilité de se coucher sur le côté gauche, etc. Mais à quoi rapporter ce frisson quand d'un autre côté nul symptôme n'attirait l'attention vers les organes hépatiques ; pas de séjour dans les pays chauds, pas de coups ni de contusions sur l'hypochondre, pas d'ictère, pas de vomissements, pas de troubles de la digestion au début, seulement une diarrhée rebelle mais succédant à l'administration d'un purgatif salin. Il est probable qu'en observant le malade dès les premiers jours, on aurait pu, par l'examen direct, reconnaître l'hépatite et la combattre alors par des moyens efficaces. Mais, lorsque nous le vîmes, la pleurésie existait déjà, le seul symptôme qui restât du côté du foie, le refoulement vers la cavité abdominale, pouvait très bien être mis sur le compte de l'épanchement pleurétique, et la diarrhée faire craindre que cet épanchement ne fût lié à une diathèse tuberculeuse.

Ce n'est pas par suite d'une communication directe de sa cavité avec celle de la plèvre que l'abcès du foie a déterminé la production de la pleurésie. Nulle part le pus de cet abcès ne s'est épanché au dehors, puisque partout il était entouré d'une couche plus ou moins épaisse de tissu hépatique ; mais par voisinage la phlegmasie s'est étendue, à travers le tissu du foie, d'abord au péritoine, ensuite au diaphragme, puis à la plèvre. Enfin, plus tard, et toujours par

voisinage, l'inflammation s'est propagée de cette séreuse au péricarde et a entraîné la mort. Quant à la cause première de l'hépatite, elle reste pour nous complètement inconnue.

13. *M. Dufour* montre un produit de conception expulsé à deux mois de grossesse. L'avortement a été déterminé par des excès de coït. La caduque utérine a été expulsée complètement, par lambeaux, vingt-quatre heures avant la sortie de l'œuf.

On distingue très bien les villosités du chorion, la cavité amniotique, mais on ne voit pas de traces d'embryon.

14. *M. Guyot* fait voir une rate hypertrophiée sans leucémie.

Chalaigne est à Paris depuis l'âge de seize ans, elle en a soixante-cinq ; elle a plusieurs fois habité des chambres humides ; elle n'a jamais souffert de la misère.

Apparition des règles à dix-neuf ans, sans trouble de la santé. Depuis lors menstruation régulière, peu abondante. La suppression des règles n'a pas provoqué d'accident, et la malade ignore à quelle époque elles ont cessé. Pas d'enfant.

Indispositions fréquentes, mais pas de maladie grave, sauf à l'âge de dix-sept ans ; Chalaigne eut alors une fièvre maligne.

Diarrhée habituelle depuis cinq ans. Une tumeur de la jambe gauche a fait entrer la malade à l'hôpital Saint-Antoine, il y a trois ans. Au bout de quarante jours, la tumeur avait disparu et la malade quitta l'hôpital ; mais elle fut prise d'un œdème des deux membres abdominaux, elle dut garder la chambre pendant trois mois. Depuis lors la malade n'a pu se rétablir et elle a dû renoncer à tout travail. Il y a trois mois environ, survint une très grande difficulté à soulever la jambe gauche, la malade étant debout ; au lit, les mouvements sont parfaitement conservés dans les deux jambes. Chalaigne a été, il y a six semaines, à l'Hôtel-Dieu pendant quinze jours, pour une vive douleur dans la jambe gauche ; elle a quitté l'hôpital assez bien portante, débarrassée de la douleur, mais toujours avec la même difficulté dans la marche.

Vers cette époque, la malade a remarqué à ses membres infé-

rieurs des taches bleuâtres qui, d'abord rares, sont devenues très abondantes.

Jamais de fièvre intermittente.

État actuel : Maigreur très grande, faiblesse excessive de la parole ; sujet dans un état de cachexie très avancé.

Taches de purpura de dimensions variables et formant de larges ecchymoses aux jambes, aux cuisses, aux fesses et aux avant-bras.

Les gencives sont saignantes.

Pouls très faible, à 80.

Respiration dyspnéique, et c'est pour cette gêne de la respiration que la malade entre à l'hôpital. Expectoration de crachats muqueux, teints de sang. Pas de matité à la percussion, râles dans toute l'étendue des deux poumons ; râles muqueux assez fins à la base.

Le flanc gauche est distendu par une tumeur qui a pour limite supérieure la huitième côte, et pour limite inférieure le ligament de Fallope, et qui, en dedans, dépasse la ligne blanche et la partie interne. Cette tumeur a le bord tranchant des rates hypertrophiées ; en bas, en déprimant la paroi abdominale, on peut, pour ainsi dire, relever le bord inférieur de la tumeur, l'isoler de la fosse iliaque et lui imprimer quelque mouvement.

A la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, sillon très net qui partage cette tumeur en deux parties distinctes.

Matité absolue. Absence de fluctuation. Pas de douleur à la pression.

Voici les renseignements que j'ai pu obtenir de la malade. Il y a cinq ans, un médecin, appelé pour un violent mal de gorge, aurait fixé pour la première fois l'attention de la malade sur une tumeur située dans le flanc gauche, et occupant alors la fosse iliaque. Développement presque insensible pendant quatre ans, et, il y a cinq mois, cette tumeur avait à peine la moitié du volume actuel. Du reste, sauf quelques élancements fort légers, cette tumeur n'a jamais causé de douleur ; quelquefois elle était, au dire de la malade, le siège d'un bruit de glou-glou.

Par le toucher vaginal, je trouve un utérus petit, parfaitement mobile, et je ne puis atteindre la tumeur.

L'absence de fièvre intermittente, de douleur dans le flanc

gauche, le développement de bas en haut, firent penser à une tumeur fibreuse de l'ovaire ; mais M. Charcot ayant examiné cette tumeur, se prononça pour une hypertrophie de la rate, et se demanda si cette malade n'était pas affectée de leucémie. M. Vulpian examina le sang, et il ne trouva pas une très grande proportion de globules blancs.

Le diagnostic d'une hypertrophie de la rate fut adopté par tous les médecins qui virent la malade. Du 11 avril au 5 mai, M. Bernard prescrivit inutilement à la malade toute espèce de toniques. L'appétit disparut en grande partie, la diarrhée devint plus intense, et le purpura augmenta chaque jour, au point que tout le côté gauche ne formait plus qu'une vaste ecchymose. Le sang fut examiné une seconde fois le 30 avril, mais sans que M. Vulpian trouvât une quantité très notable de globules blancs.

Autopsie le 7 mai. — Poumons engoués ; adhérence du poumon gauche à la plèvre pariétale ; pas de suffusion sanguine. Rien aux ganglions bronchiques. Rien au cœur.

La rate a 34 centimètres et demi dans le diamètre vertical, 16 centimètres un quart dans le transversal, et elle pèse 3 kil. 380 gr. A la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, il y a un sillon assez prononcé auquel adhère le péritoine. La surface de la rate présente plusieurs plaques brunâtres qui paraissent être dues à des hémorrhagies. La rate, incisée en ces points, offre une teinte noirâtre qui pénètre profondément, et qui ne laisse aucun doute sur la présence d'hémorrhagies. La section montre en outre des points blancs qui paraissent être de la fibrine, ce que M. Vulpian a confirmé.

Foie plus développé qu'à l'état normal. Rien aux reins ; rien à l'utérus, à l'intestin. Hypertrophie des ganglions mésentériques. Quelques-uns ont la grosseur d'un œuf de pigeon et ont à la coupe un aspect carniforme.

15. M. Millard présente une *rate hypertrophiée*. Elle provient d'un Corse âgé de quarante-huit ans, qui, l'année dernière, avait eu, en Algérie, des fièvres intermittentes prolongées et une anasarque paludéenne. Revenu en France, en janvier 1856, pour obtenir sa guérison, il avait successivement parcouru plusieurs hôpi-

taux de Paris (maison de santé, La Ribesièrre, Necker et la Charité), et avait pris des doses considérables de sulfate de quinine. Son teint était toujours jaune terreux, le foie très développé, et la rate formait une tumeur énorme, très facile à sentir et à limiter, qui descendait jusque dans la fosse iliaque gauche. A la suite d'excès de table, ce malade fut pris d'accidents cholériformes très graves, pour lesquels il entra à l'Hôtel-Dieu le 19 mai, dans le service de M. Legroux. On crut d'abord à des accès pernicieux; mais le lendemain se déclara une pneumonie du sommet droit, dont rien ne put arrêter la marche funeste, et qui emporta le malade le 26 mai.

A l'autopsie, outre une pneumonie très étendue et arrivée au troisième degré, on trouva la rate verticalement placée et s'étendant de l'hypochondre gauche jusqu'à l'S iliaque. Elle est aplatie, et présente une extrémité supérieure renflée et une inférieure plus mince et un peu effilée; son poids est de 1 kil. 930 gr. Sa hauteur verticale est de 39 centimètres; dans sa plus grande largeur, à sa partie moyenne, elle mesure 16 centimètres. Sa coloration et son aspect extérieur sont normaux. Incisée sur son grand axe, elle présente tous les caractères du tissu splénique parfaitement sain. C'est donc une véritable hypertrophie. Il importe de remarquer que, dans les différents hôpitaux où cet homme a passé, on avait naturellement songé à la leucocythémie, et notamment dans les services de MM. Pidoux et Piorry, l'analyse du sang avait été faite; mais on n'avait pas trouvé de prédominance de globules blancs.

16. M. Duboué fait voir un kyste hydatique de la rate chez un enfant tuberculeux.

A..., âgé de quatorze ans, est entré, le 14 avril dernier, à l'hôpital des Enfants malades. Il se plaignait d'une toux opiniâtre déjà ancienne et ayant notablement augmenté depuis quinze jours. Sa respiration était très laborieuse. Depuis sept ou huit mois, il avait beaucoup maigri. L'examen de la poitrine fit reconnaître, à la percussion, de la matité au sommet des deux poumons, au niveau des clavicules; à l'auscultation, un affaiblissement considérable du murmure respiratoire et l'existence de râles soufflants et sibilants disséminés dans toute la poitrine. Le diagnostic fut : Tubercules

des accidents de péritonite survinrent et emportèrent la malade.

A l'autopsie, on trouva un vagin très dilaté, un utérus ayant une apparence blême, la moitié gauche restée à peu près normale et communiquant avec l'autre moitié très dilatée, qui par sa distension formait la tumeur de la fosse iliaque droite. Chacune de ces moitiés avait sa trompe, son ovaire et son ligament rond. Une perforation en dehors de la trompe avait donné lieu à la péritonite.

M. Cruveilhier rapporte que chez une jeune fille de dix-huit ans, éprouvant des accidents très graves tous les mois, il trouva une tumeur considérable dans la fosse iliaque droite. La membrane hymen imperforée était distendue, formant une tumeur fluctuante. Une incision cruciale donna issue à deux cuvettes d'un sang couleur chocolat, épais, visqueux, sans odeur, et après cette évacuation la tumeur de la fosse iliaque disparut complètement. M. Cruveilhier pense que cette tumeur était due à la dilatation de l'utérus.

M. Gallard. — J'ai relevé, il y a un an, tous les faits de ce genre; dans 5 ou 6 cas de rétention menstruelle l'utérus était dilaté, et, dans quelques-uns, la trompe participait à cette dilatation.

10. M. Duchaussoy montre une tumeur cancéreuse de la face, pour laquelle il a été obligé d'enlever le maxillaire supérieur. Cette tumeur avait détruit le plancher de l'orbite et la portion antérieure du sinus maxillaire, ne laissant intacte qu'une très petite portion de la branche montante. La plus grande partie de l'os malaire avait été envahie.

11. M. Gallard présente les poumons et la rate d'une femme morte de phthisie galopante, quinze jours après son entrée à l'hôpital. Cette femme dépérissait, avait toutes les nuits des frissons suivis de sueurs abondantes, et l'auscultation ne révélait aucun signe. Six jours seulement avant la mort, on commença à entendre quelques gros râles sous-crépitaux. Les poumons sont farcis de tubercules miliaires. Dans la rate on voit deux petites masses tuberculeuses.

M. Maingault rappelle que plusieurs faits de ce genre ont été présentés par M. Leudet.

M. *Isambert* a trouvé chez un enfant de douze à treize ans, enlevé par une phthisie galopante, la rate volumineuse et criblée de tubercules miliaires.

12. M. *Gallard* présente un abcès du foie avec pleurésie et péricardite.

M... François, journalier, âgé de trente-huit ans, entre le 20 mars 1856 à l'hôpital Beaujon (service de M. Béhier). C'est un homme bien constitué, d'une bonne santé habituelle, qui est sujet seulement à des rhumes fréquents mais légers. Il y a six semaines environ il fut pris subitement au milieu de la journée de frissons, puis la nuit suivante d'insomnie et de fièvre, sans troubles aucuns du côté, soit de la respiration, soit des organes digestifs ; il n'y avait même pas de point de côté et l'appétit était conservé. Mais peu de jours après l'administration d'un purgatif, survint une diarrhée qui a été depuis incoercible. Il y a seulement trois semaines que sans avoir quitté le lit, sans s'être exposé au froid ni avoir fait la moindre imprudence, le malade a éprouvé des points de côté avec oppression et gêne de la respiration. Ces symptômes ont progressivement augmenté d'intensité depuis cette époque, et le seul traitement actif mis en usage a consisté dans l'application d'un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, il y a environ cinq ou six jours.

État du malade au moment de l'entrée. — Face amaigrie, anxieuse, lèvres décolorées, chairs molles et flasques ; bouche amère, pâteuse, langue blanche et sale, pas de vomissement, pas d'appétit, diarrhée, cinq ou six garde-robes liquides chaque jour, ventre souple, indolent, bien conformé ; pouls à 100, mou, petit, peu consistant ; respiration haute et fréquente, à 36. Le côté droit de la poitrine est globuleux, malgré la maigreur du sujet, et les espaces intercostaux sont très dilatés, contrairement à ce qui se remarque à gauche ; le cœur est dans sa situation normale, sa pointe bat au-dessous du mamelon gauche ; tout le côté droit est absolument mat. A la percussion, la matité se continue sans ligne de démarcation avec celle du foie qui est un peu refoulé dans l'abdomen. Le côté gauche est très sonore. A l'auscultation, on entend à gauche dans toute la fosse sus-épineuse une respiration manifestement

amphorique sans râles d'aucune sorte. Au niveau de l'épiné de l'omoplate, cette respiration prend le timbre bronchique et le conserve jusqu'à la base de la poitrine ; mais elle paraît s'éloigner de l'oreille à mesure que l'on descend. La voix retentissante et pouvant être comparée à la pectoriloquie dans la fosse sus-épineuse devient bronchique dans le tiers moyen de la poitrine, puis s'éloigne de l'oreille à mesure que l'on gagne la partie inférieure du thorax ; mais elle conserve jusqu'en bas son caractère broncho-pleurétique. Avec quelque soin que l'on ausculte, on ne trouve aucun râle, soit pendant les simples mouvements respiratoires, soit pendant les grandes inspirations qui précèdent la toux. En avant, les phénomènes observés sont les mêmes qu'en arrière ; à gauche, la respiration est pure et puérile ; à droite, on ne sent pas de vibrations. Ce côté mesure 45 centimètres, tandis que le gauche n'en mesure que 40 (Julep, extr. kina 2 gr. Bagnols 420 gr. Lav. Laudanisés. — Potages, bouillons.

L'état du malade reste le même les jours suivants, la diarrhée seule disparaît à partir du 22. Le 24, l'oppression loin de diminuer a augmenté, il y a 36 inspirations ; on pratique la thoracentèse, il s'écoule 2372 gr. d'un liquide purulent granuleux. Le malade se trouve notablement soulagé après l'opération, il peut se coucher sur le côté gauche, ce qu'il n'avait pu faire depuis plus d'un mois. Le côté droit est devenu moins mat à mesure que le liquide s'évacuait, mais il est loin d'être complètement sonore. La respiration y est moins rude, elle n'a plus son timbre amphorique et elle est mêlée de râles humides. Le nombre des inspirations descend à 32, et à chaque inspiration le côté droit se dilate ; il ne mesure plus que 42 centimètres. Les vibrations y sont perçues mais plus faibles qu'à gauche.

Le mieux augmente graduellement chaque jour. Le 25, un vésicatoire est appliqué sur le côté, une pilule de 0,05 d'opium est ajoutée à la prescription des premiers jours. La respiration redevient caverneuse en haut et reste longtemps mêlée de râles humides à la partie inférieure.

Le 4 avril, le malade se trouve parfaitement bien, il mange deux portions depuis plusieurs jours. La matité existe toujours presque complète à droite, ainsi que le souffle et le retentissement de la voix, qui cependant perdent chaque jour de leur rudesse.

Le 11 avril, à quatre heures du matin, le malade est pris subitement d'une vomique, il expectore sans efforts de toux ni de vomissement des flots d'un liquide purulent, et de quatre heures du matin à six heures du soir il en rend assez pour remplir cinq crachoirs.

A l'auscultation la respiration est presque normale dans le tiers supérieur du poumon droit ; à peine perçoit-on un souffle très léger au niveau de l'angle de l'omoplate, il y a toujours de la matité.

Les jours suivants le souffle augmente et la respiration devient plus faible et plus lointaine.

Le 24 avril, nous trouvons de la matité dans tout le côté droit. En avant, la respiration est mêlée de râles ; en arrière souffle et retentissement de la voix dans la fosse sus-épineuse, absence presque complète du bruit respiratoire dans le bas de la poitrine. Le malade n'a que 92 pulsations et 22 inspirations, il se trouve relativement bien.

1^{er} mai. — Hier, peu de temps après son repas du soir, cet homme a été pris subitement de douleur vive à la région précordiale, avec oppression, anxiété extrême et sensation d'étouffement. La nuit s'est passée anxieuse et agitée ; le malade, ne pouvant s'étendre dans son lit, est resté assis le dos appuyé sur des oreillers, il n'a pas dormi, l'oppression a augmenté.

A la visite du matin, nous le trouvons asphyxiant, la face est anxieuse, les joues pâles, les lèvres cyanosées. Il peut à peine parler et profère à chaque instant des cris plaintifs. Les extrémités sont froides et cyanosées, le pouls à peine perceptible aux radiales ne peut être compté. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne donnent pas pour le poumon d'autres signes que ceux notés les jours précédents. La sensation d'oppression et d'étouffement est la seule dont se plaigne le malade, bien qu'il éprouve encore une douleur précordiale, mais moins vive, moins poignante qu'elle ne l'était la veille : cette douleur s'irradie dans tout le côté gauche et le malade fait de grands efforts d'inspiration.

Il n'y a ni voussure ni matité anormale à la région précordiale. La matité existerait plutôt au niveau de l'épigastre qui est légèrement tendu. Les battements du cœur sont sourds et éloignés, mais les cris et les efforts bruyants que fait le malade pour respirer,

gênent considérablement l'auscultation du cœur qui ne peut être pratiquée avec tout le soin désirable. (Potion cordiale, puis Julep stibié. — 15 vent. scarif à la région précordiale.)

Le soir l'apnée est plus grande, les battements du cœur sont plus sourds, plus lointains (vésicatoire région précord.). Mort le lendemain (2 mai) à six heures du matin.

Autopsie. — La plèvre droite est remplie de sérosité et de pus. — La sérosité plus légère surnage et s'écoule d'abord presque limpide lorsqu'on ouvre le thorax, plus tard elle devient trouble ; enfin la couche inférieure ne contient plus que du pus crémeux. — Le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale à laquelle il adhère. Son tissu est souple et mou, il ne renferme pas de tubercules. — Le poumon gauche, parfaitement sain, est énormément dilaté ; il s'élançait hors de la poitrine au moment où l'on enlève le sternum. Le péricarde renferme environ 150 grammes de liquide citrin contenant des flocons blanchâtres, ses deux feuillets sont tapissés de villosités blanches, épaisses qui le recouvrent partout et donnent au cœur un aspect réticulé très remarquable. Le foie est volumineux, il adhère supérieurement d'une façon très intime avec le diaphragme, et son lobe droit renferme, dans son intérieur, une cavité anfractueuse présentant de 4 à 18 centimètres de diamètre, qui est pleine d'un pus crémeux et blanc. Cet abcès, très rapproché de la face convexe de l'organe, est partout recouvert par le tissu hépatique ; il ne communique ni avec la plèvre, ni avec le péritoine. — Le diaphragme est blanchâtre, induré dans les points qui adhèrent au foie. — Le lobe gauche du foie s'étend sur la face antérieure de l'estomac, c'est à sa présence qu'était due la matité épigastrique constatée le dernier jour de la vie. — Les autres organes sont sains.

Les lésions relatées dans cette autopsie n'ont été présentées à la Société anatomique que huit jours après la mort du sujet. — C'est en faisant macérer les pièces dans un mélange d'une partie de glycérine pour trois parties d'eau (comme me l'avait conseillé mon collègue M. Luton), que j'ai pu les conserver aussi longtemps. — On a pu voir qu'elles n'avaient subi aucune putréfaction, et que les tissus tant normaux que pathologiques avaient, avec leur souplesse, conservé leur coloration intacte.

Un phénomène stéthoscopique important a été noté dans ce cas :

c'est le souffle amphorique qui, d'après les remarques faites pres-
que en même temps par M. Barthez et par M. Behier, doit figurer
désormais parmi les symptômes des épanchements pleurétiques
considérables. Je ne fais que le mentionner ici. — Je ne m'ar-
rêterai pas davantage à discuter l'opportunité de la thoracentèse et
l'influence qu'elle a pu exercer sur la marche ultérieure de la ma-
ladie, voulant ne m'occuper que de l'abcès du foie. Cette lésion si
gravée, qui me paraît avoir été la maladie principale, est, pendant
toute la vie, restée inaperçue. Lorsque nous avons interrogé cet
homme, nous avons bien trouvé, d'après ses réponses, une irréguli-
arité qui pour nous restait inexpiquée dans la marche de son affec-
tion. Ce frisson subit suivi de fièvre, survenant six semaines avant
l'entrée à l'hôpital, subitement, sans cause connue, ne s'accompa-
gnant ni d'oppression ni de point de côté, me semblait ne pouvoir
être que difficilement attribué au début de la pleurésie, tandis que
trois semaines plus tard je croyais manifestement cette phlegmasie
à son début quand apparaissaient le point de côté, la dyspnée,
l'impossibilité de se coucher sur le côté gauche, etc. Mais à quoi
rapporter ce frisson quand d'un autre côté nul symptôme n'attirait
l'attention vers les organes hépatiques ; pas de séjour dans les pays
chauds, pas de coups ni de contusions sur l'hypochondre, pas d'ic-
tère, pas de vomissements, pas de troubles de la digestion au dé-
but, seulement une diarrhée rebelle mais succédant à l'ad-
ministration d'un purgatif salin. Il est probable qu'en observant le
malade dès les premiers jours, on aurait pu, par l'examen direct,
reconnaître l'hépatite et la combattre alors par des moyens efficaces.
Mais, lorsque nous le vîmes, la pleurésie existait déjà, le seul symp-
tôme qui restât du côté du foie, le refoulement vers la cavité ab-
dominale, pouvait très bien être mis sur le compte de l'épanche-
ment pleurétique, et la diarrhée faire craindre que cet épanche-
ment ne fût lié à une diathèse tuberculeuse.

Ce n'est pas par suite d'une communication directe de sa cavité
avec celle de la plèvre que l'abcès du foie a déterminé la produc-
tion de la pleurésie. Nulle part le pus de cet abcès ne s'est épanché
au dehors, puisque partout il était entouré d'une couche plus ou
moins épaisse de tissu hépatique ; mais par voisinage la phlegmasie
s'est étendue, à travers le tissu du foie, d'abord au péritoine, ensuite
au diaphragme, puis à la plèvre. Enfin, plus tard, et toujours par

voisinage, l'inflammation s'est propagée de cette séreuse au péricarde et a entraîné la mort. Quant à la cause première de l'hépatite, elle reste pour nous complètement inconnue.

13. M. Dufour montre un *produit de conception expulsé à deux mois de grossesse*. L'avortement a été déterminé par des excès de coït. La caduque utérine a été expulsée complètement, par lambeaux, vingt-quatre heures avant la sortie de l'œuf.

On distingue très bien les villosités du chorion, la cavité amniotique, mais on ne voit pas de traces d'embryon.

14. M. Guyot fait voir une *rate hypertrophiée sans leucémie*.

Chalaigne est à Paris depuis l'âge de seize ans, elle en a soixante-cinq ; elle a plusieurs fois habité des chambres humides ; elle n'a jamais souffert de la misère.

Apparition des règles à dix-neuf ans, sans trouble de la santé. Depuis lors menstruation régulière, peu abondante. La suppression des règles n'a pas provoqué d'accident, et la malade ignore à quelle époque elles ont cessé. Pas d'enfant.

Indispositions fréquentes, mais pas de maladie grave, sauf à l'âge de dix-sept ans ; Chalaigne eut alors une fièvre maligne.

Diarrhée habituelle depuis cinq ans. Une tumeur de la jambe gauche a fait entrer la malade à l'hôpital Saint-Antoine, il y a trois ans. Au bout de quarante jours, la tumeur avait disparu et la malade quitta l'hôpital ; mais elle fut prise d'un œdème des deux membres abdominaux, elle dut garder la chambre pendant trois mois. Depuis lors la malade n'a pu se rétablir et elle a dû renoncer à tout travail. Il y a trois mois environ, survint une très grande difficulté à soulever la jambe gauche, la malade étant debout ; au lit, les mouvements sont parfaitement conservés dans les deux jambes. Chalaigne a été, il y a six semaines, à l'Hôtel-Dieu pendant quinze jours, pour une vive douleur dans la jambe gauche ; elle a quitté l'hôpital assez bien portante, débarrassée de la douleur, mais toujours avec la même difficulté dans la marche.

Vers cette époque, la malade a remarqué à ses membres infé-

rieurs des taches bleuâtres qui, d'abord rares, sont devenues très abondantes.

Jamais de fièvre intermittente.

État actuel : Maigreur très grande, faiblesse excessive de la parole ; sujet dans un état de cachexie très avancé.

Taches de purpura de dimensions variables et formant de larges ecchymoses aux jambes, aux cuisses, aux fesses et aux avant-bras.

Les gencives sont saignantes.

Pouls très faible, à 80.

Respiration dyspnéique, et c'est pour cette gêne de la respiration que la malade entre à l'hôpital. Expectoration de crachats muqueux, teints de sang. Pas de matité à la percussion, râles dans toute l'étendue des deux poumons ; râles muqueux assez fins à la base.

Le flanc gauche est distendu par une tumeur qui a pour limite supérieure la huitième côte, et pour limite inférieure le ligament de Fallope, et qui, en dedans, dépasse la ligne blanche et la partie interne. Cette tumeur a le bord tranchant des rates hypertrophiées ; en bas, en déprimant la paroi abdominale, on peut, pour ainsi dire, relever le bord inférieur de la tumeur, l'isoler de la fosse iliaque et lui imprimer quelque mouvement.

À la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, sillon très net qui partage cette tumeur en deux parties distinctes.

Matité absolue. Absence de fluctuation. Pas de douleur à la pression.

Voici les renseignements que j'ai pu obtenir de la malade. Il y a cinq ans, un médecin, appelé pour un violent mal de gorge, aurait fixé pour la première fois l'attention de la malade sur une tumeur située dans le flanc gauche, et occupant alors la fosse iliaque. Développement presque insensible pendant quatre ans, et, il y a cinq mois, cette tumeur avait à peine la moitié du volume actuel. Du reste, sauf quelques élancements fort légers, cette tumeur n'a jamais causé de douleur ; quelquefois elle était, au dire de la malade, le siège d'un bruit de glou-glou.

Par le toucher vaginal, je trouve un utérus petit, parfaitement mobile, et je ne puis atteindre la tumeur.

L'absence de fièvre intermittente, de douleur dans le flanc

des accidents de péritonite survinrent et emportèrent la malade.

A l'autopsie, on trouva un vagin très dilaté, un utérus ayant une apparence bifide, la moitié gauche restée à peu près normale et communiquant avec l'autre moitié très dilatée, qui par sa distention formait la tumeur de la fosse iliaque droite. Chacune de ces moitiés avait sa trompe, son ovaire et son ligament rond. Une perforation en dehors de la trompe avait donné lieu à la péritonite.

M. Cruveilhier rapporte que chez une jeune fille de dix-huit ans, éprouvant des accidents très graves tous les mois, il trouva une tumeur considérable dans la fosse iliaque droite. La membrane hymen imperforée était distendue, formant une tumeur fluctuante. Une incision cruciale donna issue à deux cuvettes d'un sang couleur chocolat, épais, visqueux, sans odeur, et après cette évacuation la tumeur de la fosse iliaque disparut complètement. M. Cruveilhier pense que cette tumeur était due à la dilatation de l'utérus.

M. Gallard. — J'ai relevé, il y a un an, tous les faits de ce genre; dans 5 ou 6 cas de rétention menstruelle l'utérus était dilaté, et, dans quelques-uns, la trompe participait à cette dilatation.

10. M. Duchaussoy montre une tumeur cancéreuse de la face, pour laquelle il a été obligé d'enlever le maxillaire supérieur. Cette tumeur avait détruit le plancher de l'orbite et la portion antérieure du sinus maxillaire, ne laissant intacte qu'une très petite portion de la branche montante. La plus grande partie de l'os malaire avait été envahie.

11. M. Gallard présente les poumons et la rate d'une femme morte de phthisie galopante, quinze jours après son entrée à l'hôpital. Cette femme dépérissait, avait toutes les nuits des frissons suivis de sueurs abondantes, et l'auscultation ne révélait aucun signe. Six jours seulement avant la mort, on commença à entendre quelques gros râles sous-crépitaux. Les poumons sont farcis de tubercules miliiaires. Dans la rate on voit deux petites masses tuberculeuses.

M. Maingault rappelle que plusieurs faits de ce genre ont été présentés par M. Leudet.

M. Isambert a trouvé chez un enfant de douze à treize ans, enlevé par une phthisie galopante, la rate volumineuse et criblée de tubercules miliaires.

12. M. Gallard présente un abcès du foie avec pleurésie et péricardite.

M... François, journalier, âgé de trente-huit ans, entre le 20 mars 1856 à l'hôpital Beaujon (service de M. Béhier). C'est un homme bien constitué, d'une bonne santé habituelle, qui est sujet seulement à des rhumes fréquents mais légers. Il y a six semaines environ il fut pris subitement au milieu de la journée de frisson, puis la nuit suivante d'insomnie et de fièvre, sans troubles aucuns du côté, soit de la respiration, soit des organes digestifs; il n'y avait même pas de point de côté et l'appétit était conservé. Mais peu de jours après l'administration d'un purgatif, survint une diarrhée qui a été depuis incoercible. Il y a seulement trois semaines que sans avoir quitté le lit, sans s'être exposé au froid ni avoir fait la moindre imprudence, le malade a éprouvé des points de côté avec oppression et gêne de la respiration. Ces symptômes ont progressivement augmenté d'intensité depuis cette époque, et le seul traitement actif mis en usage a consisté dans l'application d'un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, il y a environ cinq ou six jours.

État du malade au moment de l'entrée. — Face amaigrie, anxieuse, lèvres décolorées, chairs molles et flasques; bouche amère, pâteuse, langue blanche et sale, pas de vomissement, pas d'appétit, diarrhée, cinq ou six garde-robes liquides chaque jour, ventre souple, indolent, bien conformé; pouls à 100, mou, petit, peu consistant; respiration haute et fréquente, à 36. Le côté droit de la poitrine est globuleux, malgré la maigreur du sujet, et les espaces intercostaux sont très dilatés, contrairement à ce qui se remarque à gauche; le cœur est dans sa situation normale, sa pointe bat au-dessous du mamelon gauche; tout le côté droit est absolument mat. A la percussion, la matité se continue sans ligne de démarcation avec celle du foie qui est un peu refoulé dans l'abdomen. Le côté gauche est très sonore. A l'auscultation, on entend à gauche dans toute la fosse sus-épineuse une respiration manifestement

amphorique sans râles d'aucune sorte. Au niveau de l'épine de l'omoplate, cette respiration prend le timbre bronchique et le conserve jusqu'à la base de la poitrine ; mais elle paraît s'éloigner de l'oreille à mesure que l'on descend. La voix retentissante et pouvant être comparée à la pectoriloquie dans la fosse sus-épineuse devient bronchique dans le tiers moyen de la poitrine, puis s'éloigne de l'oreille à mesure que l'on gagne la partie inférieure du thorax ; mais elle conserve jusqu'en bas son caractère broncho-pleurétique. Avec quelque soin que l'on ausculte, on ne trouve aucun râle, soit pendant les simples mouvements respiratoires, soit pendant les grandes inspirations qui précèdent la toux. En avant, les phénomènes observés sont les mêmes qu'en arrière ; à gauche, la respiration est pure et puérile ; à droite, on ne sent pas de vibrations. Ce côté mesure 45 centimètres, tandis que le gauche n'en mesure que 40 (Julep, extr. kina 2 gr. Bagnols 120 gr. Lâv. Laudanisés. — Potages, bouillons.

L'état du malade reste le même les jours suivants, la diarrhée seule disparaît à partir du 22. Le 24, l'oppression loin de diminuer a augmenté, il y a 36 inspirations ; on pratique la thoracentèse, il s'écoule 2372 gr. d'un liquide purulent granuleux. Le malade se trouve notablement soulagé après l'opération, il peut se coucher sur le côté gauche, ce qu'il n'avait pu faire depuis plus d'un mois. Le côté droit est devenu moins mat à mesure que le liquide s'évacuait, mais il est loin d'être complètement sonore. La respiration y est moins rude, elle n'a plus son timbre amphorique et elle est mêlée de râles humides. Le nombre des inspirations descend à 32, et à chaque inspiration le côté droit se dilate ; il ne mesure plus que 42 centimètres. Les vibrations y sont perçues mais plus faibles qu'à gauche.

Le mieux augmente graduellement chaque jour. Le 25, un vésicatoire est appliqué sur le côté, une pilule de 0,05 d'opium est ajoutée à la prescription des premiers jours. La respiration redevient caverneuse en haut et reste longtemps mêlée de râles humides à la partie inférieure.

Le 4 avril, le malade se trouve parfaitement bien, il mange deux portions depuis plusieurs jours. La matité existe toujours presque complète à droite, ainsi que le souffle et le retentissement de la voix, qui cependant perdent chaque jour de leur rudesse.

Le 11 avril, à quatre heures du matin, le malade est pris subitement d'une vomique, il expectore sans efforts de toux ni de vomissement des flots d'un liquide purulent, et de quatre heures du matin à six heures du soir il en rend assez pour remplir cinq crachoirs.

A l'auscultation la respiration est presque normale dans le tiers supérieur du poumon droit ; à peine perçoit-on un souffle très léger au niveau de l'angle de l'omoplate, il y a toujours de la matité.

Les jours suivants le souffle augmente et la respiration devient plus faible et plus lointaine.

Le 24 avril, nous trouvons de la matité dans tout le côté droit. En avant, la respiration est mêlée de râles ; en arrière souffle et retentissement de la voix dans la fosse sus-épineuse, absence presque complète du bruit respiratoire dans le bas de la poitrine. Le malade n'a que 92 pulsations et 22 inspirations, il se trouve relativement bien.

1^{er} mai. — Hier, peu de temps après son repas du soir, cet homme a été pris subitement de douleur vive à la région précordiale, avec oppression, anxiété extrême et sensation d'étouffement. La nuit s'est passée anxieuse et agitée ; le malade, ne pouvant s'étendre dans son lit, est resté assis le dos appuyé sur des oreillers, il n'a pas dormi, l'oppression a augmenté.

A la visite du matin, nous le trouvons asphyxiant, la face est anxieuse, les joues pâles, les lèvres cyanosées. Il peut à peine parler et profère à chaque instant des cris plaintifs. Les extrémités sont froides et cyanosées, le pouls à peine perceptible aux radiales ne peut être compté. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne donnent pas pour le poumon d'autres signes que ceux notés les jours précédents. La sensation d'oppression et d'étouffement est la seule dont se plaigne le malade, bien qu'il éprouve encore une douleur précordiale, mais moins vive, moins poignante qu'elle ne l'était la veille : cette douleur s'irradie dans tout le côté gauche et le malade fait de grands efforts d'inspiration.

Il n'y a ni voussure ni matité anormale à la région précordiale. La matité existerait plutôt au niveau de l'épigastre qui est légèrement tendu. Les battements du cœur sont sourds et éloignés, mais les cris et les efforts bruyants que fait le malade pour respirer,

gênent considérablement l'auscultation du cœur qui ne peut être pratiquée avec tout le soin désirable. (Potion cordiale, puis Julep stibié: — 15 vent. scarif à la région précordiale.)

Le soir l'anxiété est plus grande, les battements du cœur sont plus sourds, plus lointains (vésicatoire région précord.). Mort le lendemain (2 mai) à six heures du matin.

Autopsie. — La plèvre droite est remplie de sérosité et de pus. — La sérosité plus légère surnage et s'écoule d'abord presque limpide lorsqu'on ouvre le thorax, plus tard elle devient trouble; enfin la couche inférieure ne contient plus que du pus crémeux. — Le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale à laquelle il adhère. Son tissu est souple et mou, il ne renferme pas de tubercules. — Le poumon gauche, parfaitement sain, est énormément dilaté; il s'élance hors de la poitrine au moment où l'on enlève le sternum. Le péricarde renferme environ 150 grammes de liquide citrin contenant des flocons blanchâtres, ses deux feuillets sont tapissés de villosités blanches, épaisses qui le recouvrent partout et donnent au cœur un aspect réticulé très remarquable. Le foie est volumineux, il adhère supérieurement d'une façon très intime avec le diaphragme, et son lobe droit renferme, dans son intérieur, une cavité anfractueuse présentant de 4 à 18 centimètres de diamètre, qui est pleine d'un pus crémeux et blanc. Cet abcès, très rapproché de la face convexe de l'organe, est partout recouvert par le tissu hépatique; il ne communique ni avec la plèvre, ni avec le péricarde. — Le diaphragme est blanchâtre, induré dans les points qui adhèrent au foie. — Le lobe gauche du foie s'étend sur la face antérieure de l'estomac, c'est à sa présence qu'était due la matité épigastrique constatée le dernier jour de la vie. — Les autres organes sont sains.

Les lésions relatées dans cette autopsie n'ont été présentées à la Société anatomique que huit jours après la mort du sujet. — C'est en faisant macérer les pièces dans un mélange d'une partie de glycérine pour trois parties d'eau (comme me l'avait conseillé mon collègue M. Luton), que j'ai pu les conserver aussi longtemps. — On a pu voir qu'elles n'avaient subi aucune putréfaction, et que les tissus tant normaux que pathologiques avaient, avec leur souplesse, conservé leur coloration intacte.

Un phénomène stéthoscopique important a été noté dans ce cas :

c'est le souffle amphorique qui, d'après les remarques faites précédemment en même temps par M. Barthez et par M. Behier, doit figurer désormais parmi les symptômes des épanchements pleurétiques considérables. Je ne fais que le mentionner ici. — Je ne m'arrêterai pas davantage à discuter l'opportunité de la thoracentèse et l'influence qu'elle a pu exercer sur la marche ultérieure de la maladie, voulant ne m'occuper que de l'abcès du foie. Cette lésion si grave, qui me paraît avoir été la maladie principale, est, pendant toute la vie, restée inaperçue. Lorsque nous avons interrogé cet homme, nous avons bien trouvé, d'après ses réponses, une irrégularité qui pour nous restait inexpliquée dans la marche de son affection. Ce frisson subit suivi de fièvre, survenant six semaines avant l'entrée à l'hôpital, subitement, sans cause connue, ne s'accompagnant ni d'oppression ni de point de côté, me semblait ne pouvoir être que difficilement attribué au début de la pleurésie, tandis que trois semaines plus tard je croyais manifestement cette phlegmasie à son début quand apparaissaient le point de côté, la dyspnée, l'impossibilité de se coucher sur le côté gauche, etc. Mais à quoi rapporter ce frisson quand d'un autre côté nul symptôme n'attirait l'attention vers les organes hépatiques ; pas de séjour dans les pays chauds, pas de coups ni de contusions sur l'hypochondre, pas d'ictère, pas de vomissements, pas de troubles de la digestion au début, seulement une diarrhée rebelle mais succédant à l'administration d'un purgatif salin. Il est probable qu'en observant le malade dès les premiers jours, on aurait pu, par l'examen direct, reconnaître l'hépatite et la combattre alors par des moyens efficaces. Mais, lorsque nous le vîmes, la pleurésie existait déjà, le seul symptôme qui restât du côté du foie, le refoulement vers la cavité abdominale, pouvait très bien être mis sur le compte de l'épanchement pleurétique, et la diarrhée faire craindre que cet épanchement ne fût lié à une diathèse tuberculeuse.

Ce n'est pas par suite d'une communication directe de sa cavité avec celle de la plèvre que l'abcès du foie a déterminé la production de la pleurésie. Nulle part le pus de cet abcès ne s'est épanché au dehors, puisque partout il était entouré d'une couche plus ou moins épaisse de tissu hépatique ; mais par voisinage la phlegmasie s'est étendue, à travers le tissu du foie, d'abord au péritoine, ensuite au diaphragme, puis à la plèvre. Enfin, plus tard, et toujours par

voisinage, l'inflammation s'est propagée de cette séreuse au péricarde et a entraîné la mort. Quant à la cause première de l'hépatite, elle reste pour nous complètement inconnue.

13. M. Dufour montre un *produit de conception expulsé à deux mois de grossesse*. L'avortement a été déterminé par des excès de coït. La caduque utérine a été expulsée complètement, par lambeaux, vingt-quatre heures avant la sortie de l'œuf.

On distingue très bien les villosités du chorion, la cavité amniotique, mais on ne voit pas de traces d'embryon.

14. M. Guyot fait voir une *rate hypertrophiée sans leucémie*.

Chalaigne est à Paris depuis l'âge de seize ans, elle en a soixante-cinq ; elle a plusieurs fois habité des chambres humides ; elle n'a jamais souffert de la misère.

Apparition des règles à dix-neuf ans, sans trouble de la santé. Depuis lors menstruation régulière, peu abondante. La suppression des règles n'a pas provoqué d'accident, et la malade ignore à quelle époque elles ont cessé. Pas d'enfant.

Indispositions fréquentes, mais pas de maladie grave, sauf à l'âge de dix-sept ans ; Chalaigne eut alors une fièvre maligne.

Diarrhée habituelle depuis cinq ans. Une tumeur de la jambe gauche a fait entrer la malade à l'hôpital Saint-Antoine, il y a trois ans. Au bout de quarante jours, la tumeur avait disparu et la malade quitta l'hôpital ; mais elle fut prise d'un œdème des deux membres abdominaux, elle dut garder la chambre pendant trois mois. Depuis lors la malade n'a pu se rétablir et elle a dû renoncer à tout travail. Il y a trois mois environ, survint une très grande difficulté à soulever la jambe gauche, la malade étant debout ; au lit, les mouvements sont parfaitement conservés dans les deux jambes. Chalaigne a été, il y a six semaines, à l'Hôtel-Dieu pendant quinze jours, pour une vive douleur dans la jambe gauche ; elle a quitté l'hôpital assez bien portante, débarrassée de la douleur, mais toujours avec la même difficulté dans la marche.

Vers cette époque, la malade a remarqué à ses membres infé-

rieurs des taches bleuâtres qui, d'abord rares, sont devenues très abondantes.

Jamais de fièvre intermittente.

État actuel : Maigreur très grande, faiblesse excessive de la parole ; sujet dans un état de cachexie très avancé.

Taches de purpura de dimensions variables et formant de larges ecchymoses aux jambes, aux cuisses, aux fesses et aux avant-bras.

Les gencives sont saignantes.

Pouls très faible, à 80.

Respiration dyspnéique, et c'est pour cette gêne de la respiration que la malade entre à l'hôpital. Expectoration de crachats muqueux, teints de sang. Pas de matité à la percussion, râles dans toute l'étendue des deux poumons ; râles muqueux assez fins à la base.

Le flanc gauche est distendu par une tumeur qui a pour limite supérieure la huitième côte, et pour limite inférieure le ligament de Fallope, et qui, en dedans, dépasse la ligne blanche et la partie interne. Cette tumeur a le bord tranchant des rates hypertrophiées ; en bas, en déprimant la paroi abdominale, on peut, pour ainsi dire, relever le bord inférieur de la tumeur, l'isoler de la fosse iliaque et lui imprimer quelque mouvement.

A la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, sillon très net qui partage cette tumeur en deux parties distinctes.

Matité absolue. Absence de fluctuation. Pas de douleur à la pression.

Voici les renseignements que j'ai pu obtenir de la malade. Il y a cinq ans, un médecin, appelé pour un violent mal de gorge, aurait fixé pour la première fois l'attention de la malade sur une tumeur située dans le flanc gauche, et occupant alors la fosse iliaque. Développement presque insensible pendant quatre ans, et, il y a cinq mois, cette tumeur avait à peine la moitié du volume actuel. Du reste, sauf quelques élancements fort légers, cette tumeur n'a jamais causé de douleur ; quelquefois elle était, au dire de la malade, le siège d'un bruit de glou-glou.

Par le toucher vaginal, je trouve un utérus petit, parfaitement mobile, et je ne puis atteindre la tumeur.

L'absence de fièvre intermittente, de douleur dans le flanc

à atteindre avec le doigt qui était obligé de passer en arrière de la tumeur. Du reste, les règles manquaient depuis plus de huit mois, et il était évident que le ventre était soulevé par une masse liquide et fluctuante, et non par un fœtus ; enfin, la malade affirmait positivement ne pas être enceinte.

Le 40 mars dernier, M. Barth enfonça dans la tumeur un trocart un peu au-dessus du pubis, puis il fit ressortir de dedans en dehors la pointe de l'instrument à 40 centimètres plus haut. Par ces deux orifices fut introduit un tube de caoutchouc libre par ses deux extrémités et plongeant par sa partie moyenne, percée de trous, dans l'intérieur de la poche. Cet écoulement graduel et constant devait, dans l'esprit de l'opérateur, faciliter la réduction du kyste. Il y eut un peu de péritonite locale, facilement calmée par des bains et des applications émollientes, et quinze jours après, le 25 mars, l'état de la malade était tellement satisfaisant, qu'elle put être présentée à l'Académie de médecine. Elle portait son tube qui permettait de faire des injections d'abord détersives, puis un peu plus tard iodées. Quand on laissait passer plusieurs jours sans faire d'injection, le liquide s'altérait, il prenait une couleur plus foncée et une certaine odeur. Le kyste se rétractait sensiblement ; car le jour de l'opération on avait retiré un grand seau de liquide rougeâtre, et au commencement de mai on ne pouvait plus guère injecter que la valeur d'une seringue et demie à hydrocèle. Malgré cette rétraction, le ventre gardait un volume considérable, qui n'était plus en rapport avec l'étendue du kyste.

Fatiguée d'un traitement qui avait déjà donné de bons résultats, mais qui durait depuis plus de deux mois, la malade, dans un accès d'impatience, arracha son tube, et demanda le lendemain sa sortie de l'hôpital. Elle lui fut accordée.

Le 27 mai, elle se présente à la consultation de M. Barth, dans un état alarmant : souffrances vives, facies altéré. Elle refuse de reprendre son lit à l'hôpital, et retourne à Neuilly, d'où elle était venue. Le soir même elle revient à Paris, et, fatiguée de douleurs très vives, elle demande avec instance son admission à l'hôpital.

A quatre heures du matin, la malade *accouche d'un fœtus mort*, de six à sept mois.

Une péritonite suraiguë se déclare, et la mort arrive dans la soirée du 28.

A l'autopsie, on trouva : l'utérus ne présentant rien autre que les traces d'un accouchement récent ; une assez grande quantité de liquide purulent épanché dans la cavité abdominale ; les intestins rouges et vascularisés. Le kyste de l'ovaire, gros comme une tête d'enfant, est rompu à sa partie supérieure, où il existe une déchirure de 45 millimètres environ dans sa plus grande dimension. Autour de la rupture, les parois sont peu épaisses et peu résistantes. En arrière, à la place de l'ovaire, existe une masse gélatineuse de la grosseur du poing, qui, pour M. Barth, est du cancer colloïde, et qui, en dehors de toutes autres circonstances, eût été un obstacle absolu à la guérison. La paroi abdominale adhère très solidement au niveau des deux ouvertures faites par le trocart.

Il est très probable que la rupture du kyste a eu lieu ou le 27 mai, pendant les trois voyages de Paris à Neuilly et réciproquement, ou bien la nuit du 27, au moment même de l'accouchement.

Après l'interrogatoire et l'examen minutieux auxquels on avait soumis la malade, aucun des médecins qui la virent à plusieurs reprises n'avaient soupçonné une grossesse. Celle-ci ne fut entravée ni par les injections ni par les succussions que l'on pratiquait presque journellement sur la tumeur.

Devant un cas semblable, que fallait-il faire ? On ne pouvait rester inactif. Ce kyste avait un volume énorme et continuait à s'accroître. Une simple ponction aurait laissé le liquide se reproduire, et eût nécessité de nouvelles opérations. Si l'on avait fait des ponctions répétées, on aurait pu, sentant une autre tumeur placée en arrière de la première, songer à un kyste multiloculaire et perforer l'utérus dans une tentative de ponction profonde. M. Barth a pensé se mettre à l'abri de ces inconvénients et de ces dangers en instituant le traitement par la sonde à demeure.

Toutes ces questions ont été pesées alors qu'on ne soupçonnait pas la grossesse ; si elle avait été connue, quelle eût été la conduite à tenir ? N'eût-il pas fallu au moins évacuer la poche qui comprimait l'utérus ?

M. Cruveilhier pense que cette ponction eût été nécessaire, d'autant plus que la situation du kyste en avant de l'utérus était une circonstance exceptionnelle très favorable. Les kystes ovariens sont le plus souvent placés en arrière de l'utérus, celui-ci était repoussé sous la paroi abdominale. M. Cruveilhier aurait une

grande répugnance à laisser une sonde à demeure dans des kystes abdominaux ponctionnés. A plusieurs reprises il a vu ce mode de traitement suivi des revers les plus rapides. Deux malades succombèrent ainsi à une péritonite suraiguë. L'une avait un ancien sac de hernie ombilicale rempli de sérosité ; l'autre, une jeune femme de vingt-quatre ans, avait un kyste de l'ovaire. Sur toutes deux on avait laissé une sonde dans la tumeur.

M. Giraudeau. M. Barth nous a dit que le liquide évacué lors de la ponction était rougeâtre et un peu filant. N'était-ce pas là une indication qu'on n'avait pas affaire à un kyste simple ? Chaque fois que j'ai rencontré de ces sortes de kystes sans complication, j'ai vu les injections iodées ne déterminer aucun accident, et produire la rétraction des parois et même leur adhésion. Mais, au contraire, chaque fois que l'on trouve ce liquide rouge, poisseux, qui souvent renferme des cristaux de cholestérine, l'iode est au moins inutile, peut-être même nuisible. En pareil cas, je regarde comme précepte de ne rien faire. Peut-être M. Barth, en considérant l'aspect spécial du liquide évacué, eût-il pu rester dans la réserve.

M. Barth. Tout semblait annoncer ici que le kyste était simple. Les parois en étaient tellement minces qu'on avait d'abord songé à une ascite ; la fluctuation était très facile à percevoir. Le liquide avait une couleur très légèrement rosée et était très peu épais ; il coulait avec facilité par le tube de caoutchouc. Du reste, avant d'employer soit une eau chlorée, soit une liqueur iodique, nous nous étions assurés que ces injections ne coagulaient pas le liquide du kyste.

32. M. Barth présente une seconde pièce : ce sont des tumeurs développées autour du pancréas et dans l'épaisseur de la rate.

Un homme de trente ans avait passé quelques jours à l'hôpital pour un embarras gastrique peu grave. Au bout d'une semaine, il y rentre pour une fièvre muqueuse qui dure quinze jours, et dont la convalescence se prononce au bout de ce temps, mais il éprouve toujours des mouvements de fièvre pénibles, il est pâle, abattu et tousse fréquemment. Le visage prenait en même temps une couleur particulière plus jaune que celle de la phthisie et moins foncée que celle du cancer. On diagnostiquait cependant une phthisie miliaire. — Le malade meurt.

L'autopsie montre les poumons et le cœur parfaitement normaux. Mais tous les ganglions qui entourent le pancréas, dans l'épaisseur du mésocolon transverse, sont jaunâtres et durs; ils constituent une masse plus grosse que le poing. La rate est elle-même farcie de petites tumeurs de même couleur et de même aspect, arrondies et en général du volume d'un gros pois. En outre l'organe en totalité a augmenté d'un tiers environ de son volume.

33. M. Foucher montre un doigt indicateur gauche extirpé pour une ostéo-myélite de sa première phalange.

Le malade était un homme de vingt-cinq ans, un peu lymphatique. Il y a huit mois, son doigt augmenta de volume sans lui causer de douleur; mais deux mois plus tard, il éprouvait une souffrance vive, profonde et pulsatile. La peau était intacte, le doigt dur au pourtour et d'une mollesse élastique au centre.

Après l'emploi inutile de divers topiques, le malade entra à l'hôpital, et le 26 mai, M. Guérin amputa par la méthode ovale le doigt avec la moitié du métacarpien.

Sur les parties latérales de la première phalange, de chaque côté, existent deux petites fistules qui conduisent sur l'os. Le tissu cellulaire est épaissi et induré et détermine le gonflement fusiforme du doigt. Les gaines tendineuses sont un peu vascularisées, les tendons sont intacts. L'articulation métacarpo-phalangienne offre un peu de rougeur sur la synoviale. Même état de l'articulation de la seconde phalange.

La première phalange est hypertrophiée; elle a un volume presque double de l'état normal. Elle est cylindrique, plus longue de 4 centimètre que celle du côté opposé. Sa surface est régulière et couverte d'un périoste épais et adhérent, au-dessous duquel on trouve quelques couches osseuses de nouvelle formation. La lame compacte est saine. La portion spongieuse et le canal médullaire sont remplis d'une matière qui offre deux aspects différents. D'abord une couche de 2 millimètres d'épaisseur qui tapisse la lame compacte; elle est d'un gris rosé, gélatiniforme, demi-transparente, traversée de fines trabécules de tissu osseux. Elle est formée de substance plastique et de moelle des os parcourues par quelques vaisseaux. Au dedans de cette première couche, et dans

l'intérieur du canal médullaire qu'elle remplit complètement, se trouve une matière molle, caséuse, d'un jaune pâle, opaque, mêlée de débris osseux. A l'extrémité supérieure de l'os est un petit séquestre invaginé, encore adhérent par quelques points de son pourtour. Cette matière puriforme, presque diffluite, a un aspect qui tranche nettement avec celui de la couche précédente. Elle n'est pas vasculaire et le microscope n'y fait voir que des globules de pus sans mélange de tubercule.

M. Foucher insiste sur l'analogie d'aspect qui existe entre cette pièce et l'infiltration tuberculeuse des os. Il se prononce pour une ostéo-myélite suppurée au centre et entourée d'une lame plastique. Il se fonde sur l'intégrité de la lame osseuse compacte, sur l'absence de tubercule constatée au microscope, enfin sur la délimitation très nette de la lésion. Du reste, le présentateur n'entend pas nier le tubercule des os; il en a lui-même fourni plusieurs exemples à la Société et a pu se convaincre de l'exactitude des descriptions de M. Nélaton.

34. M. *Vulpian* fait voir une portion de *poumon tuberculeux*. — Le malade sur lequel il a été pris est mort asphyxié par une bronchite suffocante avec congestion du poumon. Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est que tous les petits tubercules qui se présentent à la surface de la coupe sont percés d'un petit trou central. Il semble donc rationnel d'admettre que ces tubercules sont développés dans le poumon sur les parois des petites ramifications bronchiques. C'est là un point qui réclame de nouvelles recherches, et sur lequel M. *Vulpian* appelle l'attention de la Société.

FRACTURES DE CÔTES; EMPHYÈME SOUS-CUTANÉ; PNEUMONIE TRAUMATIQUE; HYDRO-PNEUMO-THORAX. — Observation par M. LABÉ, interne des hôpitaux.

Nicolas Krimer, âgé de cinquante-un ans, entre à la Charité le 5 mai. Chute d'un deuxième étage, environ une heure avant l'entrée à l'hôpital. Pas de perte de connaissance, ni le moindre trouble de la mobilité ou de la sensibilité. La chute a surtout porté sur le sacrum, elle a produit une légère plaie à la région parotidienne droite. Pas de céphalalgie notable. Le malade est

pâle, anéanti, et il respire péniblement, mais cette anxiété de la respiration paraît être plutôt sous la dépendance d'une commotion générale que d'une lésion thoracique, car les pressions exercées sur les côtes pour chercher une fracture ne déterminent ni douleur, ni mobilité anormale, ni crépitation. Pouls faible. Potion cordiale.

6. Vingt heures environ après la chute, on constate de l'emphysème sous-cutané, limité à la partie supérieure et antérieure gauche de la poitrine. Le malade croit avoir craché un peu de sang au moment de l'accident. Ces deux signes de fracture portent à en rechercher avec plus de soin encore les signes physiques; ils ne sont pas plus appréciables que la veille. Respiration un peu moins pénible; toux sans crachats; fièvre. (Le malade affirme se bien porter, ne tousser ni cracher avant sa chute.) Signes fournis par la percussion, nuls; par l'auscultation on perçoit déjà un peu d'engouement pulmonaire. Saignée.

7. La fièvre augmente. Pas de signes cérébraux. Les mouvements des membres supérieurs sont devenus plus douloureux et empêchent le malade de se servir d'un crachoir (les crachats sont perdus); mais la percussion et l'auscultation révèlent : 1° à droite, un peu de matité et des râles muqueux à grosses bulles; 2° à gauche, une matité plus prononcée et du souffle bronchique surtout au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; résonnance plutôt exagérée qu'affaiblie dans la région sous-claviculaire. Potion stibiée. L'emphysème sous-cutané a un peu diminué. Il n'y a pas de trace de contusion au thorax, ni même au sacrum; cette dernière région est cependant douloureuse.

8. En auscultant la région du cœur, à la visite du soir, on est frappé d'entendre un *tintement métallique*, type, et se reproduisant à chaque mouvement de systole du cœur avec une grande régularité, que dix minutes environ d'examen ont permis de constater; ce bruit ne s'entend pas en tout autre point de la poitrine, et il est parfaitement limité à la région du cœur. Matité, souffle, fièvre, etc., persistent. Même traitement.

9. Le tintement métallique a disparu. Même état d'ailleurs. On a pu recueillir quelques crachats: ils sont purulents, non sanguins. Même traitement. Vésicatoire.

10. On entend de nouveau un peu de tintement métallique, mais cette fois sous l'aisselle gauche; il ne se répète pas longtemps,

et ne coïncide pas avec les mouvements du cœur. La matité occupe tout le côté gauche; souffle bronchique; à droite, gros râles et bruit respiratoire faible. Crachats purulents abondants. Fièvre. Grand abattement. Julep kermès.

44. On a perçu encore une ou deux fois le tintement métallique; il n'est plus isochrone aux mouvements systoliques du cœur, mais il s'est montré pendant deux ou trois inspirations assez éloignées l'une de l'autre. Le malade s'affaisse de plus en plus. Pouls petit, fréquent.

13. Mort.

Autopsie. — 1° *Sérosité purulente et sanguinolente* (gris-rougeâtre), abondante dans la plèvre gauche, avec quelques fausses membranes encore molles et peu adhérentes.

2° *Fracture* de la première côte gauche, avec petit pertuis de la plèvre pariétale au niveau de la fracture, et perforation de la plèvre viscérale au point correspondant du sommet du poumon.

3° Cette perforation conduit à un petit foyer purulent; le quart supérieur environ du poumon gauche est en effet le siège d'une hépatisation grise très marquée, avec petits foyers à fond grisâtre, ayant même l'aspect et l'odeur d'un commencement de gangrène. La base du poumon gauche et tout le poumon droit sont légèrement engoués.

4° Fractures des première, quatrième, sixième, septième et huitième côtes droites, sans perforation de la plèvre, ni même déchirure des feuillets fibreux externes et internes. Les deux fragments de la première côte sont très mobiles; il n'en est pas de même de ceux des quatrième, sixième, septième et huitième côtes, qui sont engrenés l'un dans l'autre et ne donnent aucune crépitation jusqu'à ce qu'on produise leur déplacement. (Ces fractures n'ont donc été appréciables qu'après la mort et par la face interne des côtes, l'épaisseur des parties molles masquant le peu de mobilité qui existe entre les fragments.)

5° Le cœur et le péricarde sont sains.

DIVISION CONGÉNITALE DU VOILE DU PALAIS, par M. SIREDEY, interne des hôpitaux.

Madame B..., âgée de cinquante-quatre ans.

Cette femme, atteinte d'aliénation générale, présentait, à son arrivée dans le service (M. Falret, Salpêtrière), une grande excitation maniaque qui ne l'a quittée que quelques heures avant sa mort, pour être remplacée par un état de coma et de prostration considérable, qui a duré seulement six heures après lesquelles la malade s'est éteinte le 31 janvier 1856.

Dès le premier jour de mon arrivée dans le service, cette malade m'avait frappé par le timbre de sa voix nasonnée, la gêne qu'elle éprouvait dans la prononciation, et la difficulté que j'avais moi-même à comprendre ce qu'elle disait. Lui ayant donc fait ouvrir la bouche, j'ai constaté l'existence d'une division congénitale du voile du palais dans l'étendue de deux centimètres environ.

N'ayant pu observer assez longtemps cette malade, n'ayant pu obtenir aucun renseignement sur ses antécédents, et l'état d'aliénation dans lequel elle était tombée étant arrivé à un degré tel que j'ai dû renoncer à la possibilité de recueillir mon observation d'une manière complète, je dois donc me borner, abstraction faite de tout ce qui a rapport à la maladie mentale à laquelle elle a succombé, à ne parler que de la lésion du voile du palais, et des symptômes principaux qu'elle présentait pendant la vie du côté de la phonation et de la déglutition. Enfin nous hasarderons quelques réflexions, surtout au point de vue anatomique et chirurgical.

La prononciation de la malade était extrêmement défectueuse. Parlait-elle à voix basse dans les rares et courts moments de calme et de tranquillité, il était impossible de la comprendre, et toutes les nuances des sons qui chez un individu dont le voile du palais est normalement constitué, en se mariant les unes aux autres, rendent la prononciation franche, nette et pure, venaient se confondre chez notre malade en un bruit sourd, obscur et nasonné.

Était-elle excitée au contraire, si elle chantait, criait ou appelait, animée par la colère par exemple, la prononciation était beaucoup plus franche, et, sans peine alors, on entendait ce qu'elle disait.

Quant à la déglutition, elle s'effectuait d'une manière à peu près

normale. Jamais les boissons ne revenaient par le nez. Pourtant lorsque la malade, qui avait un appétit considérable, se pressait trop d'avaler, il y avait souvent un arrêt du bol alimentaire dans la partie supérieure des voies digestives, et l'on voyait alors la malade tendre le cou, larmoyer, exécuter de nombreux mouvements de déglutition, sans doute impuissants, jusqu'à ce que le bol alimentaire fût descendu dans l'œsophage.

Lorsqu'on examine la disposition anatomique des parties avant la dissection, on reconnaît qu'il existe une division du voile du palais ; les deux moitiés sont séparées par un espace de 18 millimètres. Leur réunion à leur partie antérieure présente une courbe assez étendue qui produit, dans presque toute la hauteur du voile, le même écartement que nous avons signalé.

L'épaisseur du voile du palais est moindre qu'à l'état normal. Elle va en augmentant depuis le sommet de la division jusqu'à la luette où elle acquiert 7 à 8 millimètres. Le sommet de la division qui forme la courbe que nous avons mentionnée plus haut est formée par un bord mince, tendu, transparent, qui a à peine un millimètre d'épaisseur : considération importante à noter au point de vue de la médecine opératoire. A l'extrémité inférieure de chaque bord de la division, on rencontre un petit tubercule assez épais, bien saillant, qui est formé par chaque moitié de la luette ; au-dessous, on voit le pilier postérieur qui vient former le bord inférieur de chaque moitié du voile. On aperçoit le pilier antérieur qui remonte sur la face antérieure de chaque moitié du voile. L'excavation amygdalienne ne présente rien de particulier.

Les deux moitiés du voile sont parfaitement symétriques sous le rapport de leur disposition et de leurs dimensions.

Le bord alvéolaire supérieur est dépourvu de dents. Il ne reste qu'une racine à peine saillante : c'est celle de la deuxième molaire droite.

Quand on rapproche les deux mâchoires, on reconnaît que la courbe du bord alvéolaire supérieur tombe en dedans de celle du maxillaire inférieur, qui emboîte complètement le premier.

La distance de la luette à la face antérieure du bord alvéolaire supérieur est de 7 centimètres ; la hauteur de la division est de 2 centimètres et demi. Il reste donc 4 centimètres et demi du sommet de la division au bord alvéolaire supérieur.

Telle est la disposition des parties molles : quand on examine leurs rapports avec les os, on reconnaît que le bord postérieur de la voûte osseuse, au lieu d'être transversal, forme un V dont la pointe se trouve en avant, à 4 centimètre au delà du sommet de la division, de telle sorte que le bord courbe et mince formé par la réunion des deux moitiés du voile ne contient pas de lame osseuse dans son épaisseur ; il est formé simplement par l'adossement des muqueuses palatine et nasale qui sont très minces l'une et l'autre ; la première ne présente pas les glandules salivaires qu'on y rencontre à l'état normal.

Si l'on examine la pièce par la partie postérieure, après avoir fait la coupe du *pharynx*, on voit que la cloison des fosses nasales s'arrête à un centimètre en avant du sommet de la division, à la limite de la partie osseuse de la voûte palatine. De là, le bord inférieur de cette cloison s'élève en décrivant une courbe à concavité inférieure, en formant un angle aigu avec le voile dont elle est complètement séparée.

Dissection. — Les muscles du voile ont été disséqués sur la moitié gauche. Cette dissection a été faite par la partie postérieure. Les péristaphylins interne et externe présentent leur disposition et leur volume normaux, ainsi que le pharyngo-staphylin ; ces muscles envoient leurs fibres jusqu'à la ligne médiane, où ils sont recouverts par une couche muqueuse mince, contenant quelques glandules peu volumineuses. Le muscle palato-staphylin n'existe pas.

La luette est formée uniquement par les glandules ; la couche glandulaire de la face antérieure du voile présente sa disposition accoutumée.

L'étude anatomique de cette pièce peut donner lieu à plusieurs considérations importantes au point de vue chirurgical. Mais auparavant nous croyons utile de rappeler la disposition générale des parties osseuses dans ce cas particulier. Nous avons signalé le peu de développement des os maxillaires supérieurs dont le bord alvéolaire était emboîté par le maxillaire inférieur. Ajoutons que le bord alvéolaire présente une hauteur moindre que chez les sujets ordinaires. Ne pourrait-on pas rattacher l'absence complète des dents, ou du moins leur chute prématurée, à ce développement incomplet du squelette de ces parties ; tandis que le maxillaire inférieur est

encore muni des quatre incisives, des deux canines et de quatre molaires ?

Ce développement moindre des maxillaires supérieurs, dans les cas de cette nature, a déjà été rencontré par d'autres observateurs, et lorsqu'il existe un bec-de-lièvre unilatéral avec division correspondante du bord alvéolaire supérieur, on a constaté plusieurs fois un développement moindre du maxillaire supérieur correspondant, d'où résultait un défaut de symétrie dans le squelette de la face.

Que convenait-il de faire pour la restauration de ces parties ? Il n'existe ici qu'une division du voile du palais, les parties antérieures étant réunies ; mais nous trouvons cependant des circonstances défavorables dans le peu de développement de la voûte osseuse, et dans le peu d'épaisseur des parties molles du sommet de la division qui sont minces et transparentes, ce que nous avons signalé précédemment.

Cependant nous pensons qu'il eût été convenable de pratiquer ici une opération pour la restauration au moins partielle du voile du palais. Chacune des moitiés de cet organe présente, à sa partie inférieure, une épaisseur assez considérable pour qu'on pût espérer leur adhésion après l'avivement et la suture. Cette réunion de la partie inférieure des deux bords de la division eût favorisé l'application d'un obturateur pour remédier à la perforation qui eût pu persister à la partie moyenne de la voûte palatine, perforation qui se fût probablement rétrécie graduellement, et à laquelle on eût pu appliquer le traitement par la cautérisation qui a été employé plusieurs fois par M. le professeur Jules Cloquet.

Mais il existe un grand écartement favorisé surtout par la disposition en courbe du sommet de la division, et il eût été convenable de pratiquer une opération accessoire pour favoriser le rapprochement des deux lambeaux en les mobilisant. Plusieurs auteurs ont proposé des débridements pratiqués dans ce but de diverses manières : tels sont les procédés de Roux, Dieffenbach, Warren, et de MM. Mittauer, Sédillot et Fergusson.

Il nous semble qu'on eût pu obtenir un résultat très satisfaisant en employant à la fois le procédé de Roux et celui de M. Fergusson. Celui de Roux consiste à inciser le voile du palais dans toute son épaisseur, parallèlement au bord postérieur des os palatins ; cette incision, partant du sommet de la division, se dirige en

dehors dans une étendue variable. Le procédé de M. Fergusson consista à sectionner la couche musculaire du voile du palais par la face postérieure, en laissant intacte la couche glandulaire.

La première de ces incisions a pour but de mobiliser les deux lambeaux et permet de les amener au contact avec facilité ; la seconde prévient les tiraillements qui pourraient être exercés ensuite sur la suture par les muscles, dans les divers mouvements que l'opéré peut faire exécuter aux parties, même involontairement.

Cette manière d'agir a été employée avec succès par M. le professeur Nélaton, sur un malade qui se trouve encore dans son service. Il y avait une division du voile et de toute la voûte palatine. La réunion a été obtenue dans toute l'étendue du voile du palais.

DOUBLE HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE, par M. SIREDEY.

Madame Roux, âgée de quarante ans, entrée le 7 mars 1856 dans le service de M. Mitivié (Salpêtrière), morte le 9 mars 1856.

Cette femme a été arrêtée en état de vagabondage ; elle a l'habitude des liqueurs alcooliques, et a déjà présenté plusieurs accès de *delirium tremens*.

Le 7 mars au soir, elle présente un peu de titubation, mais peut se tenir debout et même faire quelques pas sur un parquet ciré. Pas de contracture, un peu de tremblement, léger embarras de la parole, pupilles peu dilatées, réponses lucides. Pouls fort, plein, mais sans trop de fréquence.

Dans la nuit, un peu d'agitation, quelques cris, pas de sommeil et délire assez bruyant pour troubler le repos de la salle.

8 mars. La malade ne peut se tenir debout ; dyspnée ; pupilles plus dilatées. Réponses difficiles, tardives et sans précision. Rien à l'auscultation. Lavement purgatif. Sinapisme. Émét. en lavage.

9 mars. Hier soir la malade était dans le même état, mais dans la nuit elle a été plus agitée. La malade n'a pu prendre son tartre stibié. Respiration stertoreuse ; mouvements du cœur plus énergiques. Exagération dans le timbre des bruits. Pouls plein, dur, de 88-92 pulsations. Face rouge, stupeur. Pupilles plus dilatées encore. Les bras et les jambes n'exécutent plus de mouvements vo-

lontaines ; pourtant la malade ne les laisse pas retomber subitement quand on les soulève. Pas de déviation de la face. Aucune contracture ; paralysie complète de la sensibilité dans tout le corps. La malade ne parle plus et reste complètement étrangère à tout ce qui l'entoure. Coma profond : partant, urines et selles volontaires. Saignée de 4 palettes ; lavement purgatif.

Une heure après, c'est-à-dire le 9 mars, à dix heures du matin, la malade s'éteint dans un coma profond, sans excitation ni délire bruyant.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

Les poumons présentent seulement de la congestion, avec un œdème assez considérable et d'autant plus prononcé qu'on les examine dans un point plus rapproché des lobes inférieurs et de la partie postérieure.

Le cœur est d'un volume normal. Il contient dans ses cavités des caillots de récente formation.

Pas de lésions des orifices, des valvules ni des grosses artères.

Le cerveau pèse 440 grammes. Il est très dur et présente, sur chacun de ses deux hémisphères, une dépression considérable due à la compression d'un kyste sanguin dont la description va suivre.

Il est extrêmement congestionné, surtout dans sa substance corticale. Les ventricules ne contiennent pas de sérosité, les parois en étant d'ailleurs rapprochées par la compression exercée au dehors par les kystes sanguins.

Ces kystes sont au nombre de deux, situés l'un à droite, l'autre à gauche, dans la grande cavité de l'arachnoïde.

Du côté droit, le foyer hémorrhagique présente, d'avant en arrière, une longueur de 12 centimètres, sur une largeur de 5 centimètres, excepté à la partie moyenne où il est un peu rétréci en forme de sablier. Il est distant d'un travers de doigt du sinus longitudinal supérieur ; son épaisseur la plus considérable est de 2 centimètres environ ; d'ailleurs le sac n'étant pas rempli exactement, il en résulte qu'on peut, en inclinant d'un côté ou de l'autre, faire refluer le liquide et par conséquent varier l'épaisseur.

Les bords du kyste qui ne s'étendent pas jusqu'à la faux du cerveau ni à la tente du cervelet, sont un peu sinueux, et les fausses membranes interne et externe qui se réunissent à angle aigu

de manière à former le sac, se continuent quelque peu au delà en une seule.

Du côté gauche, on trouve aussi un kyste sanguin également allongé d'avant en arrière et présentant dans ce sens une longueur de 16 centimètres.

La partie antérieure, plus large, offre de haut en bas une largeur de 7 centimètres, la partie moyenne 6 centimètres, et la partie postérieure va toujours en décroissant un peu pour ne plus présenter qu'une largeur de 35 millimètres.

A la partie postérieure, une bride très résistante divise le grand foyer en deux autres, un antérieur plus grand et un postérieur plus petit, qui communiquent facilement entre eux. Le liquide reflue facilement de l'un dans l'autre.

Les bords du kyste sont plus sinueux que ceux du côté opposé, et distants, dans toute leur étendue, d'un travers de doigt du sinus longitudinal supérieur.

Au delà du kyste, on peut décoller facilement la fausse membrane qui en forme la paroi profonde; elle est unie, lisse, polie sur sa face adhérente. Cette dernière se décolle très facilement, et laisse voir sous elle l'arachnoïde qui ne paraît présenter aucune modification. D'ailleurs on a vérifié au microscope que les parois du kyste n'étaient nullement formées par l'arachnoïde, ou, en d'autres termes, que ce foyer n'était pas compris entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale, mais bien dans la grande cavité arachnoïdienne, et que les parois de ce kyste n'étaient autre chose qu'une fausse membrane.

Cette enveloppe est évidemment de date ancienne; en effet, elle est épaisse, résistante, et de plus présente à sa surface libre des traces de vascularisation.

Après avoir incisé le kyste du côté gauche, il s'écoule environ 125 grammes d'un liquide trouble, rouge, vineux, tirant un peu sur la rouille. Ce liquide écoulé, il reste un caillot mou, tomenteux, facile à déchirer, de couleur de brique; il est un peu aplati, oblong et déchiqueté.

La fausse membrane du côté droit est absolument identique, ainsi que le contenu.

La face interne du kyste est lisse, un peu tomenteuse, de couleur rosée, et baignée par le liquide qu'elle contient.

DOUBLE HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE, par M. SIREDÉY.

Madame Penet, âgée de trente-sept ans, entrée le 28 février 1856 dans le service de M. Mitivié (Salpêtrière), morte le 8 mai 1856.

Arrêtée en état de vagabondage, courant les rues en chemise. Délire datant de six semaines environ. Manie à forme chronique. Incohérence dans les idées. Agitation sans violence. Délire triste. Pleurs fréquents. Hésitation dans la marche et souvent des chutes (notons toutefois que la fréquence des chutes pourrait bien tenir à ce que la malade avait toujours la camisole). Parole conservée, sans aucun embarras. Très bon appétit.

Tel fut l'état dans lequel entra et se maintint la malade jusqu'aux premiers jours du mois de mai dernier, époque à laquelle elle présente les symptômes suivants :

Rougeur de la face. Regard stupide ; pupilles dilatées. Toutefois sensibilité et mouvement conservés, ainsi que la parole. État semi-comateux. L'intelligence n'est pas abolie entièrement ; la malade comprend et répond juste. Pouls lent, mais plein et dur. — 20 sangsues aux oreilles ; émétique en lavage ; lavement purgatif ; sinapismes.

Le lendemain 2 mai, les symptômes ont presque entièrement disparu.

5 mai. Nouvelle attaque semblable à la première, mais avec plus d'intensité dans les symptômes ; pourtant pas de convulsions ni de contractures, mais abolition de la parole. Prostration ; stupeur ; pupilles dilatées. Pas de délire bruyant. Pas d'émission involontaire ni de rétention des urines et des fèces. Pouls plein et fort. — Sangsues derrière les oreilles, émétique en lavage, etc.

6 mai. Amélioration sensible, mais moins marquée que celle qui suivit la première attaque.

Enfin, le 7 mai, troisième attaque plus forte que les deux précédentes. Face très rouge et congestionnée ; yeux fixes, convulsés en haut ; pupilles largement dilatées, et surtout la droite. Intelligence anéantie. Perte complète de la parole. Convulsions des membres supérieurs se tordant comme dans une attaque d'épilepsie ; contractures des extrémités. Peau chaude et recouverte d'une sueur visqueuse. Coma. Pas de délire bruyant.

Cet état se continue le 8, et la malade succombe.

Autopsie. — Téguments du crâne violacés et fortement congestionnés. Épaisseur normale des os du crâne. Après l'ablation de la calotte s'écoule des membranes une grande quantité d'un liquide rouge, vineux, tirant un peu sur le jaune.

La dure-mère est remarquable par sa coloration violacée et bleuâtre.

En l'incisant parallèlement au sinus longitudinal supérieur, nouvelle issue d'une grande quantité du liquide dont j'ai déjà parlé.

En rabattant de chaque côté les deux moitiés des membranes, on reconnaît deux énormes dépressions du cerveau, une de chaque côté, et l'existence de deux kystes considérables, situés dans chaque moitié de la grande cavité de l'arachnoïde.

Le cerveau pèse 4465 grammes.

Dépressions considérables sur les convexités de chaque hémisphère, et surtout à droite et à la partie antérieure, commençant un peu en dehors de la scissure interhémisphérique, s'avancant jusqu'aux extrémités antérieure et postérieure, et descendant en bas jusqu'au niveau de la base du crâne. Les membranes s'en lèvent facilement. Les vaisseaux sont congestionnés, gorgés de sang, et les mailles du tissu cellulaire de la pie-mère infiltrées d'une sérosité sanguinolente.

La coupe de Vieussens étant pratiquée, on constate une vascularisation très grande de la pulpe cérébrale. Sablé et piqué abondants. Nulle part n'existent des traces de ramollissements et de foyers apoplectiques anciens ou nouveaux.

Pas de sérosité dans les ventricules, dont les parois sont rapprochées.

Au cervelet, congestion des vaisseaux comme pour le cerveau.

Les deux kystes de la grande cavité arachnoïdienne sont remarquables par leur volume. Sans exagération, on peut évaluer le liquide qu'ils contiennent encore, avec celui qui s'en est écoulé, à 500 grammes. Ce liquide est du sang rouge, vineux, mais tirant déjà un peu sur la rouille. Pas de grumeaux ni de caillots.

Chaque kyste est séparé et sans communication, soit avec celui du côté opposé, soit avec les sinus. Il est formé d'une double fausse membrane : l'une externe, adossée au feuillet pariétal de l'arachnoïde, dont on peut facilement le détacher ; l'autre interne, regardant

dant la grande cavité de l'arachnoïde, et sans adhérence avec le feuillet viscéral de cette membrane. Celui-ci est d'un aspect lisse, rougeâtre, présente des traces de vascularisation. Sur la circonférence ou périphérie du kyste, chacun de ces feuillets se réunissent en un seul pour former le kyste.

Poumons sains. Il n'y a pas même de trace de congestion hypostatique.

Cœur renfermant des caillots de récente formation.

Reins, foie et rate un peu congestionnés.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE MULTIPLE, par M. SIREDEY.

Buffet, entrée à l'âge de trente-six ans, le 30 mars 1855, et décédée le 15 mars 1856, dans le service de M. Falret à la Salpêtrière.

Cette malade, à l'époque de mon arrivée dans le service, au 4^{or} janvier dernier, était parvenue à la dernière période de la paralysie générale. Les facultés intellectuelles étaient complètement abolies, et les mouvements presque entièrement perdus. Elle ne pouvait plus marcher, ni même se tenir debout, et elle restait immobile sur le fauteuil où on la plaçait. Mais comme cela se voit ordinairement chez les aliénés paralytiques, quand elle était dans son lit, elle remuait bien les bras et les jambes. La sensibilité était conservée; les urines et les fèces rendus involontairement. D'ailleurs elle avait bon appétit, mangeait avidement et la déglutition s'opérait bien.

Vers le 7 février, cette femme, d'habitude très calme, dormant d'un profond sommeil, fut agitée pendant la nuit: elle se mit à parler avec volubilité, à crier, et se livre à des mouvements convulsifs qui durent la faire camisolier, dans la crainte qu'elle ne tombât de son lit. Cet accès, pendant lequel la face était colorée, le visage animé, les yeux rouges et égarés, se renouvela sous forme d'accès épileptiques, intermittents et irréguliers, pendant cinq à six jours. Après chaque crise, le délire bruyant cessait et la malade retombait dans son état de calme habituel, quoique plus affaissée.

J'ai assisté à l'une de ces attaques et j'ai pu constater que Buffet se tordait sur elle-même de gauche à droite; que les membres du

côté gauche étaient agités de convulsions alternativement toniques et cloniques, plus prononcées qu'à droite, et qu'en outre la face était portée à droite en même temps qu'il y avait grincement de dents.

A partir de ce moment, c'est-à-dire du 12 février, époque à laquelle cessèrent ces accès épileptiformes, la paralysie générale fit de grands et rapides progrès. La malade, qui, il est vrai, ne pouvait plus marcher, mais que l'on avait pu tenir assise sur un fauteuil, ne put plus quitter le lit. En effet, elle s'affaissait sur elle-même et tombait d'un côté ou de l'autre, selon que le corps s'inclinait à droite ou à gauche. De jour en jour, la déglutition devint de plus en plus difficile, et plusieurs fois, bien qu'on fît manger cette malade avec précaution, elle faillit s'étouffer, le bol alimentaire s'arrêtant à la partie supérieure des voies digestives. Perte presque entière de l'appétit, amaigrissement considérable, et prostration extrême des forces. Les urines et les fèces, que la malade laissait échapper librement sous elle, ne furent plus rendues librement, et je dus la sonder à partir du 15 février. Des eschares se formèrent au sacrum, au niveau des trochanters, à la partie postérieure et interne des cuisses. Quand à l'état mental, elle était arrivée au dernier degré de la démence.

Tel fut l'état de la malade jusqu'au 24 février. En ce moment l'appétit sembla se réveiller; on faisait prendre avec difficulté, il est vrai, du bouillon et du vin à la malade. Les eschares gangréneuses se limitèrent, commencèrent à se détacher, et quelques-unes marchaient vers la cicatrisation. La faiblesse était moins grande, on put lever la malade, qui restait assise sur un fauteuil. Cet état dura quelques jours, après lesquels la malade maigrit et s'affaiblit de plus en plus, et refusa bientôt de rien prendre. Survint de la gêne de la respiration, quoique sans toux, sans expectoration. Le pouls fréquent, petit, misérable, à 120-124. Matité en arrière des deux côtés de la poitrine. Impossibilité de préciser le moindre signe stéthoscopique, à cause de la difficulté de faire respirer la malade. La peau, sèche d'abord et brûlante, se couvre ensuite d'une sueur visqueuse, etc., etc. Enfin la malade meurt d'une pneumonie double le 15 mars 1856, sans avoir présenté dans les derniers instants de la vie, ni agitation, ni convulsions, ni contractures, ni délire bruyant.

Autopsie. — Pas de contractures. Face non congestionnée. Yeux ouverts.

Tête : Pas de congestion dans les téguments du crâne. Os normaux pour l'épaisseur et la vascularisation. Pas d'injection à la dure-mère. Pas d'adhérences. Issue d'une grande quantité de sérosité citrine à la section des membranes.

La dure-mère rabattue de chaque côté, on trouve :

1° Une hémorragie en nappe enkystée, occupant toute la grande cavité de l'arachnoïde du côté droit, et se moulant exactement sur toute la convexité de l'hémisphère; limitée en haut par la face du cerveau, en bas par la base du crâne, et en arrière par la tente du cervelet. Cette hémorragie est contenue dans la grande cavité de l'arachnoïde; la membrane kystique se sépare facilement de l'arachnoïde pariétale, à tel point qu'elle menace de s'en séparer par son propre poids. Son épaisseur est peu considérable, 2 à 3 millimètres; à la périphérie elle est extrêmement mince.

La couleuvre rougeâtre présente çà et là de petites plaques jaunâtres, gris cendré, hérissées de mamelons recouverts de petites fausses membranes.

Le sang contenu dans le kyste est en caillots irréguliers disséminés, sans sérosité environnante.

2° Du côté gauche il existe : 4° A la partie antérieure et supérieure, une petite hémorragie enkystée également dans une fausse membrane mamelonnée, mais qui ne présente pas de plaques pseudo-membraneuses comme celles que nous avons vues plus haut. L'intérieur renferme un petit caillot analogue à celui du côté droit. Ce foyer se relie à plusieurs autres très petits par une petite lamelle très mince et présentant çà et là de petits flocs rouge-bruns. 2° De ce même côté gauche, et sur la tente du cervelet près de son bord postérieur, on trouve une petite hémorragie un peu plus considérable que les autres.

A la face inférieure de la tente du cervelet, il existe aussi de chaque côté et à la face inférieure de la fosse cérébelleuse droite, de petites plaques hémorragiques.

Cerveau : Son poids est de 4097 grammes.

Les membranes s'entèvent facilement, sans entraîner avec elles de substance cérébrale, excepté en avant sur les lobes frontaux. Atrophie générale de la substance grise et en particulier de deux

circovolutions du côté droit, au niveau de la bifurcation de la suture lambdoïde, où se voient deux dépressions profondes, un peu semblées par de la sérosité citrine.

Cà et là de petits points plus rouges, plus foncés. Premier degré du ramollissement rouge des auteurs.

Toute la surface extérieure du cerveau semblait baignée par de la sérosité.

Pas d'ossification des artères.

Les poumons sont adhérents de tous côtés par des brides très solides et par conséquent anciennes. On ne pouvait détacher les poumons sans déchirer leur tissu, ou arracher la plèvre pariétale très épaissie.

Petite pleurésie interlobulaire, récente, dans le poumon droit, formée d'un kyste aplati de 6 centimètres carrés environ. Pneumonie double au deuxième et au troisième degré dans toute l'étendue du poumon, surtout en arrière, et plus ancienne à droite qu'à gauche. Noyaux nombreux d'hépatisation suppurée, entourée de cercles rougeâtres.

Cœur un peu hypertrophié, contenant des caillots fibrineux, ainsi que les veines caves.

Concrétions calcaires très dures à la racine des poumons.

Rate petite, très dure et noire.

Foie : Vésicule biliaire distendue par de la bile, sans calculs.

Reins pâles, gros et anémiés.

Ampoule rectale dilatée par les fèces.

Gros intestin rempli par des matières durcies.

Vessie très hypertrophiée dans l'épaisseur de ses parois, qui atteignent dans certains endroits jusqu'à 2 centimètres.

Utérus petit et ratatiné.

*Rapport de M. TARNIER sur les observations présentées
par M. SIREDEY.*

Dans une première présentation, M. Siredey nous a montré une division congénitale du voile du palais, observée chez une aliénée morte à l'âge de cinquante-quatre ans, et qui n'avait jamais subi aucune opération. Les deux maxillaires étaient parfaitement réunis

en avant, mais la voûte palatine osseuse manquait en grande partie, en laissant un espace en forme de V dont la pointe aurait été dirigée en avant. La portion transversale des os palatins manquait complètement. Les deux os maxillaires étaient peu développés, et leur bord alvéolaire était dépassé par la circonférence plus large du bord alvéolaire inférieur. Le voile du palais était divisé sur la ligne médiane ; chaque portion latérale était du reste bien développée, et contenait tous les organes qu'on y rencontre à l'état normal ; la luette était divisée par le milieu, mais elle n'était composée que par un amas de glandules, et il a été impossible de retrouver le muscle palato-staphylin. Si la voûte palatine avait été bien développée, une affection semblable eût été facilement opérable ; mais on se rappelle que la voûte osseuse manquait en grande partie, et ce vide n'était comblé par la muqueuse palatine que dans la partie antérieure, et encore là, cette muqueuse était si peu épaisse, qu'elle était complètement transparente, et qu'il eût été à peu près impossible d'y porter le bistouri sans s'exposer à agrandir la lésion. C'est aussi l'opinion de M. Siredey ; mais il pense qu'on aurait été plus heureux en employant la cautérisation suivant le procédé de M. Cloquet. J'ai été tellement frappé du peu d'épaisseur des parties, que je pense que le mieux eût été, une fois le voile du palais réuni, de combler le reste de l'ouverture par un obturateur. L'observation a été recueillie au complet, et les détails qu'elle contient me dispensent d'insister plus longtemps sur ce fait.

Dans une autre série de présentations, M. Siredey nous a successivement montré quatre exemples d'hémorrhagies méningées dont tous les cas sont accompagnés d'observations complètes.

Il est remarquable que, dans un si court espace de temps, M. Siredey ait pu recueillir autant d'observations d'hémorrhagies méningées ; il le doit sans doute à sa position d'interne à la Salpêtrière. Si cette maladie est fréquente dans l'enfance, elle l'est aussi chez les aliénés, et surtout à la période moyenne de la vie, puisque chez nos trois malades l'âge n'a varié que de trente-six à quarante ans. On doit donc ajouter à la liste des causes non moins puissantes que l'enfance et la vieillesse, l'aliénation mentale.

Les trois observations rapportées confirment cette opinion aujourd'hui adoptée, que les hémorrhagies méningées se font dans la cavité même de l'arachnoïde. L'aspect lisse et brillant de la mem-

brane du kyste ne peut plus en imposer, puisque derrière les foyers on a constamment retrouvé le feuillet pariétal de l'arachnoïde avec tous ses caractères physiques et microscopiques. Je rappellerai à ce sujet qu'une discussion analogue a eu lieu quant au siège véritable des hématoécèles rétro-utérines, et que, dans une de ces tumeurs, présentée à la Société de chirurgie par un de nos anciens collègues, M. Gaube, tout le monde avait été convaincu du siège extra-péritonéal de la tumeur, quand une dissection subéquente a fait retrouver au-dessous de la tumeur le péritoine intact. C'est donc un fait qui semble général dans les cavités séreuses, que les liquides épanchés se recouvrent avec une très grande facilité d'une fausse membrane dont l'aspect simule à s'y méprendre l'aspect de la véritable séreuse.

Dans les trois observations de M. Siredey, on retrouvera ce fait, à peu près généralement observé, que c'est au feuillet pariétal qu'est adhérent le kyste sanguin, tandis qu'aucune adhérence ne l'unit à l'arachnoïde viscérale. Ce fait me paraît des plus bizarres; car, après l'hémorrhagie, le sang doit être aussi bien au contact de l'arachnoïde viscérale qu'au contact de l'arachnoïde pariétale. En cherchant vainement l'explication de ce fait presque constant, je me suis demandé si ce n'était pas là le résultat des mouvements dont le cerveau serait agité dans l'intérieur du crâne; mais j'avoue que cette explication me satisfait très incomplètement. Aussi est-ce bien moins pour donner une solution à ce fait que pour attirer sur lui l'attention de la Société, que j'ai soulevé cette discussion. Ces réflexions peuvent s'appliquer aussi à la coïncidence presque constante d'une hémorrhagie méningée à la surface de chaque hémisphère. Cette observation, si elle ne me paraît pas trouver une explication facile, semble du moins infirmer l'opinion de M. Serres, qui prétend avoir toujours trouvé le vaisseau rompu qui avait donné lieu à l'écoulement du sang.

Dans la description des hémorrhagies méningées, il est admis que l'abondance du liquide épanché est plus considérable chez les enfants que chez les adultes, et ce fait s'explique facilement par la distension possible du crâne non ossifié des enfants. En examinant les trois observations, je suis porté à révoquer en doute cette opinion: chez les trois malades, en effet, l'épanchement était considérable, et chez l'une d'elles il a été évalué à 500 grammes. Ici,

sans aller chercher l'explication d'une dilatation possible du crâne, il est évident que les énormes dépressions formées à la surface de l'encéphale ont permis une accumulation considérable de liquide.

Je ne m'arrêterai pas à suivre les altérations successives que subit le sang épanché avec les progrès du temps ; cependant, dans l'observation de la femme Roux, dont l'hémorrhagie devait remonter à une époque éloignée, on a trouvé que le kyste, revenu sur lui-même, avait laissé sur toute sa circonférence ses parois en rapport avec elles-mêmes, et à ce point, ces deux parois s'étaient si bien confondues qu'elles ne formaient plus qu'une seule membrane. Cette nouvelle observation confirme donc l'opinion des auteurs qui, dans le cas de foyers multiples reliés entre eux par des espèces de ponts de fausse membrane, pensent que, primitivement, tous ces foyers communiquaient entre eux, et que ce n'est que par la disparition du liquide que les canaux intermédiaires de communication entre les différents foyers se sont transformés en de simples prolongements pseudo-membraneux, fait qui se retrouve dans l'une des autopsies.

J'arrive au point le plus important, mais aussi le plus controversé dans l'histoire des hémorrhagies méningées, à la symptomatologie ; malheureusement, ici, je crois que les observations de M. Siredey sont insuffisantes pour aider à la solution de la question : la femme Roux entraînait en effet à la Salpêtrière le 7 mai, et mourait quarante-huit heures après ; et pourtant à l'autopsie on trouvait un kyste sanguin avec tous les caractères d'une formation antérieure déjà éloignée. M. Siredey n'a donc pas pu observer les symptômes qui ont accompagné la formation de l'hémorrhagie, et il est probable que la titubation, que l'embarras de la parole, que la dilatation des pupilles, que le délire, observés pendant le séjour de la malade à l'hôpital, dépendaient tout aussi bien de l'état considérable de congestion et de vascularisation du tissu cérébral trouvé à l'autopsie, que de la présence du foyer hémorrhagique ancien. Cette femme était d'ailleurs adonnée aux boissons alcooliques, et avait déjà eu plusieurs attaques de *delirium tremens*.

Dans l'observation de la femme Penet, on trouve que la malade, entrée à la Salpêtrière le 28 février, mourait le 8 mai ; mais sa maladie avait commencé six semaines avant son entrée à l'hôpital. Elle ne présentait d'ailleurs que les symptômes d'un coma aigu,

avec titubation assez prononcée pour amener des chutes fréquentes. Ce n'est que huit jours avant la mort que cette femme fut prise d'un accès de coma avec dilatation des pupilles et amoindrissement des mouvements ; cet état se continua jusqu'à la mort, avec des exacerbations fréquentes. L'autopsie montrait cependant que les parois du kyste hémorrhagique étaient notablement vascularisées, et ce fait suffit, je pense, pour attribuer les phénomènes qui ont précédé la mort à une notable quantité de sérosité accumulée dans la cavité de l'arachnoïde, à un état oedémateux de la pie-mère, à la congestion du cerveau, plutôt qu'à la formation du foyer hémorrhagique.

La troisième malade, la femme Buffet, a été mieux et plus longtemps observée. Entrée le 30 mars 1855, elle ne mourait que le 15 mars 1856 ; mais, dès son entrée, cette malade était arrivée à la dernière période de la paralysie générale des aliénés. Le 7 février dernier, elle fut prise de délire, d'accès épileptiformes avec convulsions cloniques et toniques plus prononcées à gauche qu'à droite. La série entière des symptômes observés est d'ailleurs contenue en entier dans l'observation de M. Siredey. Sans doute on pourrait rapporter à cette même époque la formation de l'hémorrhagie ; malheureusement l'autopsie montrait en même temps que toute la partie antérieure des deux lobes frontaux était ramollie et adhérente aux membranes ; de telle sorte que je suis tout aussi bien autorisé à attribuer les symptômes observés à l'encéphalite qu'à l'hémorrhagie.

De l'étude de ces symptômes il reste un fait cependant, c'est que, s'il est impossible de préciser l'époque de la formation de l'hémorrhagie et de décrire les symptômes qui l'accompagnent, nous voyons pourtant les trois malades présenter, une fois l'hémorrhagie formée, de notables troubles dans la locomotion, avec titubation, chutes fréquentes. Cette altération dans les mouvements, avec la dilatation des pupilles et la paresse de l'intelligence, constitueraient donc les symptômes les plus apparents d'une hémorrhagie abondante et ancienne.

HYDATIQUE DU FOIE ; INJECTION IODÉE ; MORT. Observation
recueillie par M. LALA, interne des hôpitaux.

Le 19 décembre 1855, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle Saint-Augustin, un homme âgé de cinquante-neuf ans, porteur d'eau, né en Auvergne.

Cet homme est fort, robuste, bien fait, brun, et de bonne constitution.

Toutes les fonctions sont en bon état ; les forces sont parfaitement conservées.

A l'examen, on trouve l'abdomen déformé. L'hypochondre droit est soulevé, proéminent. La palpation permet de constater que le foie dépasse le rebord des fausses côtes de 4 à 5 centimètres. On circonscrit encore mieux le foie au moyen de la percussion. On constate qu'il envahit l'hypochondre gauche, et qu'il descend de ce côté jusqu'au niveau de l'ombilic. D'ailleurs, pas de douleur, pas de signes d'inflammation. Le diaphragme, refoulé en haut, gêne la respiration. Pas de bruit, pas de sensation hydatique.

M. Malgaigne, toutefois, croit avoir affaire à un kyste hydatique du foie. Pour compléter le diagnostic, il fait une ponction exploratrice avec un trocart fin. Il s'écoule par la canule une sérosité des plus limpides. La quantité peut être évaluée à 700 grammes.

Nous en étions arrivé au 15 janvier. Le malade ne présentait encore aucuns phénomènes généraux qu'une gêne considérable de la respiration.

Au niveau du quatrième espace intercostal, en comptant de bas en haut, nous fîmes plusieurs applications de potasse caustique pour arriver sur le kyste et établir des adhérences.

Vers la fin de janvier, nous arrivâmes sur les parois de la poche. Le 7 février, l'ouverture fut complétée avec le trocart. J'évalue à un litre et demi la quantité de sérosité limpide qui s'écoula par la canule.

Nous n'aperçûmes pas d'hydatides. A la suite de cette évacuation, nous fîmes une injection iodée.

Le soir le malade ne se trouve pas plus mal : la respiration est moins gênée ; il est satisfait de l'opération.

Le lendemain 4 février, nous plaçons une sonde à demeure, afin de faciliter l'écoulement du liquide. Nouvelle injection iodée.

La fièvre s'allume, l'appétit diminue, le sommeil laisse beaucoup à désirer : il est troublé par des rêveries.

Le 5 et le 6 février, les injections iodées sont renouvelées. La douleur, l'anxiété, la fièvre augmentant, la sonde à demeure est retirée ; on la remplace par un bouchon fait avec la racine de gentiane, pour empêcher le trajet fistuleux de se fermer.

Le 10, l'état du malade n'était pas plus mauvais. L'hypochondre était toujours soulevé. M. Malgaigne percuta la région du foie, et trouva une matité complète dans la partie inférieure. Cette circonstance me frappa : je ne m'en rendis pas compte.

Du 10 au 20 février, les phénomènes généraux s'aggravent. La fièvre redouble tous les soirs. Les forces du malade déclinent sensiblement. Plus d'appétit, soif intense, rêves pénibles, anxiété générale.

Du 20 au 28 février, la gravité des phénomènes généraux augmente encore. Le 4^{er} mars, les yeux étaient enfoncés, la face amaigrie. Pas d'ictère. La respiration, pénible, se faisait incomplètement. Pouls fréquent, abattement, anxiété. Le malade se lève continuellement sur son séant, comme s'il trouvait dans cette position un soulagement à ses souffrances. La diarrhée, qui s'est déclarée plusieurs fois, a été toujours combattue avec succès par les lavements laudanisés. La parole était devenue saccadée, peu compréhensible.

M. Malgaigne se décida à faire une nouvelle ponction avec le trocart. Le trocart est remplacé par une grosse sonde. Il s'écoule cette fois trois bassins d'un liquide noir comme l'encre et d'une fétidité extrême. Treize seringues d'eau tiède sont injectées dans le kyste. Le liquide qui ressort par la sonde est toujours aussi noir, aussi fétide.

A une heure de l'après-midi du même jour, dix seringues d'eau tiède sont injectées. Même coloration, même fétidité du liquide qui ressort par la sonde.

Le soir, j'injecte encore dix seringues d'eau. Le liquide sort de ce foyer d'infection toujours noir, toujours fétide. M. Malgaigne m'avait prié de faire une injection iodée ; mais ce liquide noir, traité par la solution iodée, laissait dégager un gaz d'odeur *sut generis* que j'ai pris pour de l'acide sulfhydrique. J'ai cru devoir m'abstenir de faire l'injection iodée. La nuit a été assez bonne.

Le 3 mars, le malade est assez tranquille, quoique son état paraisse des plus graves.

Le 4 mars, neuf seringues d'eau tiède sont encore injectées. Le liquide qui ressort de la partie est toujours noir, toujours fétide. Dans la journée le malade va mieux. Il y a moins de faiblesse, moins d'anxiété; la physionomie est meilleure, la parole plus facile; le pouls est toujours fréquent, mais soutenu.

Il y a eu un peu de sommeil dans la nuit.

Le 5 mars, quinze seringues d'eau tiède sont injectées dans le kyste. Le liquide qui sort du foyer cette fois est moins noir et tient en suspension une vingtaine de membranes fines, larges les unes comme une pièce de cinq francs, les autres ayant un volume double, même triple. Je les considère comme des hydatides. Telle a été l'opinion de M. Malgaigne. Le malade passe une assez bonne journée.

Le 6 mars, nouvelle injection de quinze seringues d'eau tiède. L'eau qui sort du kyste est presque claire et transparente: elle tient en suspension de nombreuses hydatides.

Le 7 et le 8, on fait encore une injection de douze seringues chaque jour. Le liquide qui ressort est noirâtre et tient en suspension des hydatides altérées. Le malade est assez tranquille et repose bien.

Le 9, nouvelles injections. Adynamie plus profonde, pouls fréquent et filiforme, facies jaunâtre hippocratique.

Le 9, le 10 et le 11 mars, nouvelles injections avec une infusion de camomille. Le liquide ne revient pas par la fistule. On soupçonne une perforation du kyste.

L'oppression augmente; une toux sèche fatigue le malade.

Le 12, adynamie profonde, pouls filiforme, à peine sensible. Le malade succombe à l'épuisement et à une sorte d'asphyxie lente, le 12 mars, à cinq heures du soir.

Autopsie. — L'abdomen ouvert, on voit que le lobe gauche du foie, considérablement hypertrophié, descend au-dessous de l'ombilic et remplit l'hypochondre gauche. Il égale cinq à six fois le volume normal.

Le lobe droit dépasse à peine de 3 à 4 centimètres le rebord des fausses côtes. En bas, il adhère intimement avec l'angle droit du colon et l'extrémité supérieure du rein droit. Sur sa face con-

veux les adhérences sont intimes avec les parois de l'hypochondre. Ce lobe, au lieu d'être formé par la substance hépatique, est formé par un vaste kyste à parois fortes et fibreuses. Cette poche s'était substituée à la partie du foie placée à droite du ligament suspenseur. Les parois étaient parfaitement distinctes, je dirai même indépendantes de la substance hépatique. Le volume de cette poche égalait le volume normal du lobe droit du foie.

Au-dessus de ce premier kyste se trouve une poche dont les parois se trouvent formées par les enveloppes du lobe droit, en haut par le diaphragme qui a été refoulé et qui a subi dans ce point une sorte de dégénérescence fibreuse. Cette deuxième poche, aussi volumineuse que la première, avait refoulé en haut le poumon droit. Le lobe supérieur seul de cet organe pouvait fonctionner. Le kyste supérieur adhérait intimement avec la base du poumon droit. La face interne de ces deux kystes était rouge, injectée, lisse, recouverte de fausses membranes dans plusieurs points. Les parois de ces deux kystes adhérent en dehors aux côtes, ne pouvaient pas s'affaisser et revenir sur elles-mêmes. Comment donc concevoir la guérison de ces kystes ?

Les deux poches étaient séparées par une cloison horizontale perforée de deux orifices, dont l'un pouvait permettre le passage d'un œuf et l'autre celui d'une pièce d'un franc. Les deux kystes communiquaient donc entre eux. A peine renfermaient-ils deux ou trois verres de liquide noirâtre analogue à celui que nous avons retiré sur le vivant.

La guérison de ces deux énormes kystes était-elle possible par les injections iodées ? Je ne crains pas de répondre par la négative : 1° parce que les parois des kystes ne pouvaient pas facilement revenir sur elles-mêmes ; 2° parce qu'une inflammation développée sur une aussi vaste surface devait nécessairement amener l'épuisement du malade et l'entraîner au tombeau. Je conclus donc qu'en pareil cas les injections iodées sont contre-indiquées, qu'on doit s'abstenir d'ouvrir les kystes, et se contenter de faire, quand cela devient nécessaire, des ponctions palliatives.

Extrait du rapport de M. VIDAL sur l'observation précédente.

Après avoir exposé avec détails l'histoire de son malade, M. Lala s'est demandé si la guérison du kyste était possible par les injections iodées, et il conclut à l'impossibilité, se fondant : 1° sur ce que les parois ne pouvaient se rapprocher ; 2° sur les dangers d'une inflammation sur une aussi large surface. Il pense qu'il eût été plus prudent de ne faire que des ponctions palliatives.

Quoique le plus souvent le foie ne contienne qu'un seul kyste hydatique, on sait que c'est l'organe dans lequel il est le moins rare d'en trouver plusieurs. M. Cruveilhier n'en a jamais trouvé plus de quatre. Dans une observation de M. Brierre de Boismont (*Arch. gén. de médecine*, t. XVI, 1^{re} série, p. 388), on en voit cinq.

On comprend facilement que deux kystes, en se développant, aient pu se joindre, s'accoler, et qu'une communication ait pu s'établir entre eux, soit avant, soit surtout pendant leur inflammation. Dans le cas le plus fréquent, ces kystes siègent dans le lobe droit, sont fibreux, saillants en dehors du parenchyme, et contiennent un certain nombre d'acéphalocystes.

L'adhérence des parois fibreuses des kystes aux côtes, adhérences si étendues que la rétraction était impossible, est le fait le plus intéressant de l'observation de M. Lala. Mais comment aurait-on pu, pendant la vie, diagnostiquer cette particularité ? Je n'insisterai pas sur l'absence du bruit et du frémissement hydatiques ; si la perception de ces deux phénomènes est un signe pathognomonique de l'hydatide, leur absence ne préjuge rien sur la nature de la lésion, et ces deux signes manquent souvent.

L'opération a été faite par un procédé mixte : à l'exemple de Récamier, on est arrivé sur la tumeur par des applications méthodiques de potasse caustique, puis on a fait des injections iodées. Les kystes se sont enflammés, et le malade est mort.

Dois-je, avec M. Lala, rejeter le blâme sur la méthode de traitement ? A l'appui de la valeur curative des injections iodées, je pourrais citer les observations de MM. Nélaton, Valleix, Aran et Boinet, dans lesquelles la guérison des kystes hydatiques du foie a été obtenue, et celle d'un kyste hydatique intrathoracique guéri par une seule injection iodée, que M. Vigla a publiée dans les *Archives de médecine* de l'année dernière.

Je crois que dans le fait de M. Lala, c'est dans l'adhérence des parois du kyste, dans l'impossibilité de la rétraction, qu'il faut chercher les causes de l'insuccès ; et il est regrettable que l'opération n'ait pu être pratiquée plus tôt, c'est-à-dire alors que les kystes moins développés n'étaient pas encore adhérents.

Devait-on attendre, et se borner à des ponctions palliatives ? Ici je suis complètement en désaccord avec l'auteur de l'observation.

A part quelques cas très exceptionnels de guérison spontanée par l'évacuation des hydatides, soit à travers la paroi abdominale, soit à travers les voies digestives ou aériennes, les kystes hydatiques du foie, abandonnés à eux-mêmes, sont fatalement mortels. La gêne de la respiration, dont se plaignait le malade, annonçait que le poumon était refoulé et indiquait la nécessité d'agir. Les ponctions palliatives auraient été insuffisantes, et surtout dans le cas de kystes énormes qui ne pouvaient se rétracter, ou auraient été suivies d'une inflammation dont les suites auraient été probablement aussi funestes que celles des injections iodées.

ANGINE DE POITRINE ; RUPTURE DU CŒUR ; RAMOLLISSMENT GÉLATINIFORME DE CET ORGANE, par M. DANNER, interne des hôpitaux.

Antoine Montois, âgé de soixante-dix-neuf ans, artiste dramatique, admis à l'hospice des Incurables depuis le mois de septembre 1854, est entré à l'infirmerie le 9 avril 1856. C'est un homme encore robuste, d'un tempérament sanguin prononcé. A l'âge de vingt-sept ans, il a eu un rhumatisme articulaire aigu, suivi de troubles cardiaques. Depuis cette époque, il a presque constamment souffert ; de temps à autre, il éprouvait de la dyspnée, de l'étouffement, des congestions pulmonaires fréquentes. En 1850, à la suite d'une bronchite intense, il a été pris d'accès d'asthme qui depuis cette époque se sont reproduits avec régularité tous les trois mois, et qui depuis l'admission du malade à l'hospice ont nécessité à plusieurs reprises son entrée à l'infirmerie. L'auscultation du cœur n'a jamais révélé l'existence d'une lésion organique ; les bruits sont sourds ; il n'y a pas de souffle. Les membres inférieurs n'ont jamais été œdématisés.

Dans la nuit du 8 au 9 avril 1856, Montois a été pris d'une douleur vive, lancinante, occupant la partie inférieure et latérale gauche du sternum, s'irradiant vers le cou et se propageant dans toute l'étendue du bras gauche; en même temps, il y a une dyspnée extrême, avec imminence de suffocation. Le 9 avril, le malade est transporté à l'infirmerie.

État actuel. — Décubitus dorsal; face rouge, injectée. Langue large, humide, recouverte d'un enduit blanchâtre; quelques nausées sans vomissements; ventre souple; constipation habituelle.

Douleur constrictive siégeant à la partie inférieure du sternum et à la face interne du bras gauche, sur le trajet du nerf cubital. Cette douleur n'est pas accrue par la pression ni par les mouvements du bras. Oppression légère; toux quinteuse, fréquente, avec expectoration de crachats muqueux. Sonorité exagérée de la poitrine à la percussion; râles muqueux et sibilants à la base des deux poumons en arrière. Pouls petit, inégal, intermittent; peau chaude et sèche. Les battements du cœur sont sourds et irréguliers; les bruits sont normaux.

Poudre d'ipéca, 45 décigrammes; potion éthérée; frictions avec l'huile camphrée sur le bras; bouillons.

Le lendemain 10 avril, le malade se trouve beaucoup mieux; les douleurs ont complètement disparu; la dépression a beaucoup diminué sous l'influence du vomitif. La nuit a été bonne, l'appétit est revenu. Rien de particulier à l'auscultation de la poitrine et du cœur.

Bain de pieds sinapisé; julep gommeux; une portion.

Montois se lève dans la journée; il se trouve complètement rétabli; il mange avec appétit. A cinq heures du soir, il regagne son lit; mais, au moment d'y monter, il pâlit, s'affaisse sur lui-même, et meurt aussitôt sans même pousser un cri.

Autopsie, faite trente-six heures après la mort. — Le cadavre est décoloré, les lèvres violettes; le cerveau sain, les sinus cérébraux vides. Les poumons sont emphysémateux en avant, congestionnés à la partie postérieure, à la base; ils contiennent une grande quantité de sang noirâtre.

Le péricarde est considérablement distendu; il n'offre pas traces d'altérations anciennes, pas d'adhérences avec le cœur; il contient plus de 2 litres de sang noir, à demi coagulé.

Le cœur est volumineux, entouré d'une assez grande quantité de tissu graisseux; son tissu est mou, flasque, particulièrement du côté gauche, et d'une teinte grisâtre. La partie antérieure du ventricule gauche offre une légère saillie obstruée par un caillot noirâtre. Ce caillot, s'étant détaché sous un filet d'eau, laisse voir une déchirure des parois du cœur, présentant la situation, la forme et les dimensions suivantes : scissure verticale, parallèle à l'axe du cœur, située à 7 centimètres de la pointe du cœur, à 2 centimètres $1/2$ du sillon vertical antérieur de cet organe; elle a environ 4 millimètre de largeur, et 1 centimètre $1/2$ d'étendue verticale. Les bords de cette déchirure sont minces, arrondis, réguliers à la partie supérieure; dans toute la moitié inférieure, ils sont anfractueux, irréguliers, inégalement découpés, et offrant une coloration rosée.

Le ventricule gauche contient une petite quantité de sang; mais à la partie inférieure et antérieure, vers le point qui correspond à la rupture, il renferme des grumeaux de sang noir très adhérents, légers entre les colonnes charnues de l'organe. En détachant ces caillots avec précaution, on voit que la cavité du ventricule présente une déchirure beaucoup plus étendue que la face externe. Née à 4 centimètres $1/2$ de la pointe du cœur, cette scissure se porte verticalement en haut dans une étendue de 3 centimètres, puis elle se coude brusquement à angle, se dirige obliquement en haut, en dedans et à droite, dans une largeur de 2 centimètres, affectant ainsi une étendue totale de 5 centimètres. Dans sa portion verticale, elle intéresse toute l'épaisseur de la couche musculaire; tout à fait en bas, lorsqu'on écarte les lèvres de la solution de continuité, on aperçoit le tissu adipeux qui double le cœur; plus haut, la déchirure devient complète, il y a véritablement rupture du cœur. Dans la portion supérieure et oblique de la déchirure, les fibres musculaires profondes sont seules intéressées.

Les bords de cette solution de continuité sont irréguliers, boursoufflés, très anfractueux; tout autour, et dans une étendue de plusieurs centimètres, les fibres musculaires sont ramollies, déchiquetées, converties en une masse gélatineuse qui se détache avec facilité et qui présente une coloration jaunâtre.

Les parois du ventricule gauche sont notablement amincies. L'endocarde est complètement détruit dans toute l'étendue de la lésion.

Les orifices et les valvules auriculo-ventriculaires et artériels ne sont pas altérés; les valvules sigmoïdes aortiques présentent bien quelques incrustations calcaires, mais elles ne sont point insuffisantes.

Le ventricule droit est largement ouvert, et contient une petite quantité de sang noirâtre, à demi coagulé.

Les autres organes n'offraient pas d'altérations.

Réflexions. — On voit qu'il s'agit, dans cette observation, d'un ramollissement gélatiniforme du cœur, que M. Blaud a décrit comme très commun chez les vieillards. Cette altération progressive des fibres musculaires converties en un amas gélatineux est, à n'en pas douter, la cause de la rupture du cœur. Mais le malade a eu un rhumatisme articulaire aigu dans sa jeunesse, suivi de manifestations et de désordres du côté de la circulation. N'est-on pas en droit de se demander si le ramollissement des fibres musculaires et la rupture qui en a été la conséquence ne pourraient pas être consécutifs à une lésion chronique de l'endocarde?

La profession du malade doit-elle entrer aussi en ligne de compte dans l'étiologie de cette rupture du cœur? Nous sommes portés à le croire. Tous les auteurs ont noté cette influence, sur la production des ruptures cardiaques, de l'exercice soutenu de l'art dramatique, qui accélère si fréquemment les battements du cœur dans la peinture des passions.

Cette observation, qui nous montre une déchirure plus étendue à l'intérieur qu'à l'extérieur, est en opposition avec l'opinion de M. Blaud, qui établissait, en thèse générale, que la lésion s'effectuait de dehors en dedans comme quand on brise un roseau, et qui a toujours vu une déchirure plus étendue en dehors que dans la cavité ventriculaire.

Extrait du rapport de M. VIDAL sur l'observation précédente.

Dans les quelques réflexions qui suivent cette intéressante observation, M. Danner attribue avec raison la rupture du cœur au ramollissement gélatiniforme sénile dont cet organe était le siège. Il se demande si une endocardite chronique consécutive au rhumatisme articulaire aigu n'a pas agi comme cause prédisposante de ce ramollissement.

Les exemples de rupture du cœur ne sont pas très rares dans la science. Depuis Harvey, qui a fait connaître la première observation, les faits se sont multipliés, et les causes de cette lésion ont été étudiées. C'est dans l'altération des parois que se trouve la cause la plus ordinaire ; ainsi les ruptures du cœur ont été signalées dans le cours des fièvres graves, mais c'est surtout chez les vieillards qu'on a l'occasion de les observer. Dans l'âge sénile, les deux causes les plus fréquentes sont :

4° Le ramollissement décrit par Akenside sous le nom de *ramollissement gélatiniforme*, par M. Blaud (de Beaucaire) sous le nom de *ramollissement sénile*. Suivant M. Blaud [*Mémoire sur le ramollissement sénile du cœur* (*Biblioth. méd.*, t. LXVIII, année 1820)], cette altération consiste en un ramollissement des fibres avec infiltration de sérosité gélatiniforme et friabilité extrême de la substance charnue. Les sujets des quatre observations citées dans ce mémoire étaient des septuagénaires.

2° Les ruptures peuvent être la conséquence d'une dégénérescence graisseuse ; dans Hodgson et dans Morgagni, on trouve des exemples à l'appui de l'opinion de Corvisart.

Y a-t-il, dans la cardio-malacie des vieillards, ramollissement gélatiniforme ou dégénérescence graisseuse ? Y a-t-il plutôt inflammation, cardite, comme le pense M. Bouillaud ? Ou ne doit-on pas plutôt y voir, comme je le pense, une altération particulière, spéciale, encore incomplètement étudiée au point de vue anatomopathologique, et offrant de grandes analogies avec les ramollissements cérébraux ? Quoi qu'il en soit, dans le ramollissement gélatiniforme, le microscope découvre une énorme quantité de globules graisseux.

Le fait de M. Danner rentre dans les cas les plus fréquents sous le rapport du siège de la rupture. En effet, c'est sur les ventricules, et en particulier sur le ventricule gauche, comme l'avait déjà fait remarquer Morgagni, que se produit ordinairement la déchirure.

Comme c'est de règle, la mort a été instantanée. En songeant à l'influence qu'exerce comme cause occasionnelle tout obstacle à la circulation qui, tendant à s'opposer à l'impulsion systolique du cœur, constitue cet organe dans un état de lutte, état dans lequel ses fibres plus énergiquement contractées augmentent la tension

des parois et peuvent déterminer la rupture du point le plus altéré, je ne m'explique pas comment l'accident ne s'est pas produit pendant l'accès de suffocation déterminé par l'angine de poitrine. Je me demande si, pendant cet accès, il ne s'est pas formé une éraillure du côté de la cavité du ventricule, éraillure que l'effort fait par le malade en tentant de se mettre au lit aurait transformé en une déchirure complète.

La forme de la déchirure, qui est plus étendue du côté de la cavité ventriculaire que du côté du péricarde, contrairement aux faits observés par M. Bland et à la loi qu'il a donnée en disant que la lésion s'effectue de dehors en dedans, du côté de la convexité de la paroi, cette forme exceptionnelle et ce fait que dans la portion supérieure de la déchirure les fibres musculaires profondes étaient seules intéressées, me semblent venir à l'appui de mon hypothèse.

HÉMORRHAGIE DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE, par M. SENAC,
interne des hôpitaux.

Le 18 mars 1856, entre à l'hôpital la Riboisière C... (Charles), marchand des quatre saisons.

Cet homme est d'une constitution vigoureuse ; comme maladies antérieures ayant présenté quelque gravité, on ne trouve que deux attaques d'hémiplégie du côté droit. Ces attaques sont survenues sans perte de connaissance, la première il y a quatorze ans, la deuxième il y a sept ans. Il n'est même pas resté de faiblesse dans les membres qui en ont été le siège.

Depuis quelques jours, le malade éprouvait du malaise, sans céphalalgie ni étourdissements. Le 18 mars, le matin, il se leva comme d'habitude et se préparait à sortir pour se rendre à son travail, lorsqu'il tomba tout à coup, paralysé du côté gauche ; il n'y eut pas de perte de connaissance, mais seulement une sensation de faiblesse générale et une impossibilité complète de se soutenir. Ce fut une voisine qui l'entendit et vint à son secours pour l'amener à l'hôpital.

A son entrée, il présente à la religieuse de service une paralysie complète dans le membre supérieur gauche, incomplète dans le

membre inférieur du même côté. Il y avait eu évacuation involontaire des matières fécales et des urines.

Lorsque je vis, le soir, le malade pour la première fois, voici l'état où je le trouvai :

Décubitus dorsal. Peau chaude et moite sur le tronc et la face, froide sur les membres. Les conjonctives sont injectées, les pupilles largement et également dilatées. Le pouls est petit et irrégulier, battant 90 fois par minute. Il y a une paralysie complète du mouvement dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. Déviation de la face : la bouche s'abaisse par sa commissure droite, par laquelle s'écoule de la salive qui baigne le cou et le menton du malade ; la commissure gauche est relevée ; à droite, la joue se laisse distendre par l'air à chaque expiration. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont libres ; la langue est tirée facilement hors de la bouche, mais sa pointe s'incline alors très manifestement à gauche. Le malade articule très mal les sons ; on a beaucoup de peine à le comprendre. La sensibilité est intacte sur tous les points du corps sans exception. Il n'existe aucune douleur ni dans la tête ni dans les parties paralysées. La respiration est lente et bruyante ; la percussion et l'auscultation ne donnent que des signes négatifs, tant pour les poumons que pour le cœur. La déglutition est gênée ; il n'y a pas eu de vomissements. La langue est large, sale, enduite d'une couche blanche, épaisse et conservant l'impression des dents. Depuis ce matin, il y a encore eu des selles involontaires ; le malade urine dans son lit, sans en avoir conscience. *Son intelligence est intacte* ; il répond juste à toutes les questions qu'on lui adresse.

Saignée de 400 grammes ; 10 ventouses scarifiées à la nuque ; sinapismes promenés sur les membres inférieurs. Diète absolue.

19 mars. Il y a eu un peu de sommeil cette nuit. La peau est chaude et halitueuse ; le pouls est résistant au doigt, à 80 pulsations, beaucoup plus plein qu'hier soir. L'état des parties paralysées n'a pas changé. Le malade ne souffre nulle part ; il a toute sa connaissance et donne sur sa santé antérieure les renseignements consignés plus haut. La déglutition est presque impossible. Chaque fois que l'on veut faire boire le malade, on provoque des accès de toux.

20 mars. Même état. Pouls à 76, résistant et plein ; sommeil

cette nuit. Déjections involontaires. La déglutition est toujours aussi difficile. Bouillon.

24 mars (soir). Pouls à 96. Congestion de la face. Le malade se plaint pour la première fois de souffrir dans le bras paralysé, et peut lui imprimer quelques mouvements de totalité qui étaient impossibles encore ce matin. Il y a un peu de contracture ; l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras et ne peut être étendu sans de vives douleurs. Les mouvements dans le membre inférieur sont plus libres qu'ils ne l'ont été jusqu'ici.

24 mars. Même état. Application de 25 sangsues à l'anüs.

22 mars. La douleur de tête a presque entièrement disparu. Pouls à 90.

23 mars. La paralysie du mouvement a diminué dans le bras et surtout dans le membre inférieur. Il y a toujours un peu de contracture. Le pouls est à 84. La face est pâle.

Potion avec bicarbonate de soude, 2 grammes. 2 bouillons, 2 potages.

24 mars. Même état. Pouls à 84. Évacuation involontaire. Gêne considérable dans la déglutition. La paralysie de la face n'a pas varié. La langue est toujours blanche et sale.

25 mars. Amélioration sensible. La respiration est plus libre ; la déglutition est toujours difficile et ramène des quintes de toux. Le malade a pu retenir les matières fécales et a demandé le bassin pour la première fois.

26, 27 mars. L'amélioration persiste.

28 mars. Cette nuit a été moins tranquille que les précédentes ; ce matin, il y a de l'assoupissement. La respiration est stertoreuse. A l'auscultation, on entend quelques râles humides assez gros, en arrière au niveau des grosses bronches.

La peau est froide ; sur toute la surface du corps il y a une sueur assez abondante. Le pouls est plus petit que les jours précédents ; il reste à 80. La contracture persiste ; le malade ne sent aucune douleur ; il paraît impatienté lorsqu'on l'interroge ou qu'on l'examine.

29 mars. Depuis hier, l'état du malade s'est encore aggravé. Facies altéré. Somnolence continuelle. Impossibilité absolue d'avaler quoi que ce soit. Respiration entrecoupée, stertoreuse. *Immobilité complète des membres paralysés*, avec persistance de la con-

tracture signalée plus haut. Déjections alvines involontaires. Pouls petit, assez irrégulier, à 96.

30 mars. Même état.

34 mars. Le malade a eu cette nuit pour la première fois un peu de délire; il paraît comprendre à peine ce qui se passe autour de lui; somnolence; respiration accélérée; râle trachéal; râle muqueux assez gros à la base du poumon en arrière. La déglutition est complètement impossible. Selles liquides involontaires. Pouls à 88, irrégulier et petit.

4^{re} avril. Le délire a complètement cessé; le malade comprend parfaitement ce qu'on lui dit lorsqu'on le tire de la somnolence dans laquelle il est plongé. Le facies est profondément altéré; la respiration est embarrassée. Râle trachéal. Pouls à 116, petit et très irrégulier. L'auscultation ne révèle aucun phénomène nouveau.

Mort à huit heures et demie du soir.

Examen de l'encéphale fait trente-six heures après la mort. — Les parois du crâne et les téguments qui le recouvrent sont sains.

A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule une quantité très considérable de liquide coloré en rouge. Toute la surface convexe du cerveau est recouverte d'une couche épaisse de sérosité de consistance gélatineuse, ressemblant assez à la couche de sérosité condensée qui se rencontre quelquefois sous l'épiderme soulevé par un vésicatoire.

Les circonvolutions elles-mêmes sont aplaties. Partout la pie-mère s'enlève facilement. Le tissu cortical du cerveau a sa consistance habituelle.

Il est impossible de rencontrer dans les hémisphères cérébraux la moindre trace d'épanchement sanguin, soit ancien soit nouveau, bien que cet examen ait été fait avec tout le soin et toutes les précautions possibles.

En examinant la base de l'encéphale, on découvre sur la face inférieure de la protubérance annulaire, un peu à gauche de la ligne médiane, à peu près au milieu de son diamètre antéro-postérieur, un point de l'étendue de 5 millimètres, dans lequel le tissu cortical de la protubérance semble aminci et présente une coloration noir-bleuâtre due évidemment aux tissus sous-jacents. La même altération se retrouve au milieu du pédoncule cérébelleux moyen

du côté droit, au point où il s'enfonce dans le tissu du cerveau. Si maintenant, par une incision transversale pratiquée avec précaution, on réunit les deux points que nous venons de signaler, on pénètre, après avoir traversé une couche mince de l'écorce blanche du mésocéphale, dans un foyer hémorrhagique contenant du sang noir et diffluent.

Le foyer hémorrhagique a le volume d'une amande ; il est clos de toutes parts : en avant, il n'est séparé de la face antérieure que par une couche mince de fibres transversales ; en arrière et en haut, il a détruit le tissu nerveux jusqu'au niveau des fibres qui continuent dans la protubérance les pyramides antérieures du bulbe. Le faisceau du côté droit, est lui-même profondément excavé et détruit.

L'excavation creusée par le sang a des parois inégales et anfractueuses, recouvertes par une pellicule très mince formée de vaisseaux entrecroisés et qui se continuent entre eux. A ces parois sont appendus des flocons d'un tissu rougeâtre, nageant sous l'eau, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'au chevelu que présente la racine de certaines plantes aquatiques. Dans l'épaisseur du pédoncule cérébelleux moyen droit, au contraire, le sang semble avoir écarté simplement les fibres nerveuses.

Les cavités ventriculaires du cerveau ne contiennent que du liquide incolore en quantité considérable. Les ventricules latéraux paraissent agrandis dans tous les sens. Aucune autre altération anatomique dans l'encéphale.

TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE DE LA BASE DU CRANE, par M. SÉNAC.

Le 48 mars 1856, T... (Léonie), âgée de vingt-deux ans, entre à l'hôpital La Riboisière.

Cette fille a toujours habité la campagne. Il n'existe dans sa famille aucune maladie héréditaire. Sa mère et l'une de ses tantes maternelles passent dans le pays qu'elle habite pour être très faibles d'esprit. Elles auraient, suivant l'expression des personnes dont nous tenons ces détails, quelque chose d'égaré dans la physionomie.

La malade est affectée d'un strabisme divergent congénital de

l'œil gauche. La menstruation a toujours été régulière. Avant les six derniers mois, elle n'a jamais eu de maladie un peu sérieuse.

L'intelligence a toujours été très bornée.

Vers le mois d'août de l'année dernière, l'éruption menstruelle a cessé de se faire, sans cause apparente. En même temps survint de la céphalalgie; les douleurs étaient vives, lancinantes, presque sans interruption; elles étaient rapportées par la malade aux parois latérales de la tête, avec une violence égale des deux côtés. A la même époque, se montrèrent quelques étourdissements et de la faiblesse dans les membres inférieurs et dans le membre supérieur du côté gauche. Un médecin pratiqua alors des émissions sanguines, et presque aussitôt les accidents augmentèrent rapidement d'intensité.

La malade vécut ainsi avec des alternatives de mieux et de plus mal, lorsque, il y a environ deux mois, la parole commença à s'embarrasser. Bien que la langue conservât la totalité de ses mouvements, l'articulation des sons devint de plus en plus difficile. Les forces diminuèrent rapidement. Les mouvements devinrent brusques, incertains; la marche surtout était difficile et saccadée.

Jamais il n'y eut ni lésions de la sensibilité, ni convulsions, ni pertes de connaissance. L'intelligence ne sembla pas être diminuée.

Un état chlorotique bien caractérisé motiva à cette époque un traitement par les toniques (préparations ferrugineuses, lotions froides sur les membres paralysés, etc., etc.), traitement sous l'influence duquel les douleurs de tête diminuèrent rapidement, ainsi que la paralysie des membres. Néanmoins la malade, ne se trouvant pas guérie assez vite, se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, la fille T... présente les symptômes suivants :

Tempérament lymphatique. Constitution affaiblie. Prostration générale. Expression d'hébétément très remarquable et ressemblant beaucoup à celle que l'on rencontre chez les individus affectés d'idiotisme.

L'intelligence est très faible. La malade ne prend qu'un intérêt médiocre à ce qui se passe autour d'elle. Elle comprend les questions qu'on lui adresse, pourvu qu'on ait soin de fixer son attention; mais ses réponses se composent d'une série de sons inarti-

culés, le plus souvent incompréhensibles. Il y a de la difficulté à tirer la langue hors de la bouche, et sa pointe s'incline légèrement à droite.

La vue est conservée également des deux côtés ; à gauche, outre le strabisme signalé plus haut, on remarque une exophthalmie considérable. La dilatation de la pupille est la même pour les deux yeux.

L'ouïe et l'odorat sont conservés.

Hémiplégie à peu près complète du côté gauche du corps. La paralysie porte surtout sur le mouvement. La sensibilité est seulement un peu affaiblie. Le membre inférieur du côté droit est aussi très faible.

La peau est modérément chaude. Le pouls est vif et régulier à 80 pulsations par minute. A l'auscultation du cœur on trouve un bruit de souffle doux se prolongeant sur les gros vaisseaux du cou.

La respiration est facile ; l'auscultation des poumons ne révèle aucun phénomène morbide.

L'appétit est conservé. La langue est nette et humide. Déjections alvines liquides involontaires. Depuis six semaines, la malade n'a pu retenir ni les matières fécales ni les urines.

Fer réduit, 0gr,45 ; tisane d'orge miellée ; deux lotions froides sur tout le corps. Une portion.

Sous l'influence de ce traitement, l'état de la malade sembla s'améliorer pendant quelques jours, et les mouvements du bras devinrent un peu plus faciles.

22 mars. Il y a de la congestion de la face. Les yeux sont fortement injectés. Le pouls est plein et bat 96 fois par minute. La respiration est un peu embarrassée depuis hier soir. Les mouvements du bras sont de nouveau complètement abolis. Constipation.

Huile de ricin, 30 grammes, 45 ventouses (dont 6 scarifiées) à la nuque.

23 mars. La gêne de la respiration est encore grande. La déglutition est devenue très difficile et provoque de la toux. La langue ne peut plus être sortie de la bouche ; elle s'arrête au niveau des arcades dentaires. A chaque expiration les joues se distendent, et une masse d'écume blanchâtre vient mouiller les lèvres et s'échapper de la bouche.

A l'auscultation, on trouve du râle muqueux fin à la base du

poumon gauche, en arrière. Le pouls est à 104. Constipation opiniâtre, malgré le purgatif.

Calomel, 0gr,50 en deux paquets ; vésicatoire volant sur la poitrine, à gauche et en arrière.

25 mars. Cet état persista jusqu'au 25. Ce jour-là, les purgatifs répétés sous toutes les formes amenèrent plusieurs selles. Presque aussitôt la gêne de la respiration et de la déglutition diminuèrent rapidement. Le pouls tombe à 88 puls. La malade se plaint de douleurs vives dans le côté droit de la tête ; elle y porte continuellement la main.

26 mars. Aujourd'hui tous les accidents ont redoublé d'intensité. Congestion très marquée de la face. Pouls à 100, petit et irrégulier. Inspiration râlante et saccadée. Déglutition presque impossible. Râle muqueux dans toute l'étendue des poumons, en arrière.

Calomel, 0gr,40, en dix paquets ; 2 sangsues derrière chaque oreille ; sinapismes à promener sur le tronc et les cuisses.

27 mars. Râle trachéal. Pouls petit et impossible à compter. La malade a perdu tout sentiment de ce qui se passe autour d'elle. On a beaucoup de peine à fixer son attention pour en obtenir une réponse qui ne se traduit que par des sons inarticulés, complètement incompréhensibles.

L'état des parties paralysées n'a pas varié.

Mort à quatre heures et demie du soir.

Autopsie. — Les téguments du crâne sont fortement congestionnés ; les parois sont très fragiles.

La dure-mère est saine. La convexité se montre sous son aspect normal.

En enlevant l'encéphale, on trouve aisément à la base du crâne, dans sa moitié latérale gauche, une tumeur qui remplit en grande partie les fosses cérébrales moyenne et postérieure, et qui a amené dans les différentes parties de la masse encéphalique des déplacements sur lesquels nous reviendrons bientôt.

La tumeur a la forme d'un ovale dont la grosse extrémité serait postérieure et dont le grand axe serait oblique d'avant en arrière et de gauche à droite. Sa longueur dans ce sens est de 8 centimètres ; son diamètre transversal le plus large est de 5 centimètres $\frac{1}{2}$; sa hauteur, mesurée du point le plus élevé de sa

surface d'implantation, c'est-à-dire du bord supérieur du rocher, est de 4 centimètres ; sa hauteur la plus grande, prise sur une coupe qui passe suivant un plan antéro-postérieur, est de 5 centimètres.

En examinant les points d'implantation de la tumeur, on reconnaît qu'elle naît :

1° De toute la gouttière basilaire de l'occipital, excepté dans son quart postérieur.

2° Des apophyses clinoides postérieures, et surtout de celle du côté gauche.

3° Des faces antérieure et postérieure du rocher du côté gauche, dans la partie de l'os située en avant du conduit auditif interne ; du côté droit, la face postérieure du rocher donne naissance à la tumeur, dans le même point que du côté gauche.

4° De la face latérale gauche du sphénoïde, dans sa moitié inférieure.

Née des divers points d'insertion que nous venons d'énumérer, la tumeur se renfle dans tous les sens et présente ainsi une base rétrécie et un corps plus développé dans toutes les directions. En vertu de cette disposition, son extrémité postérieure s'avance comme une voûte au delà de la circonférence postérieure du trou occipital ; son extrémité antérieure proémine dans la fosse cérébrale moyenne du côté gauche jusqu'au niveau d'une ligne transversale qui passerait par les deux trous optiques ; elle recouvre ainsi complètement la fente sphénoïdale et les trous destinés au passage des nerfs.

Telle est la situation qu'occupe la tumeur dans le crâne. En l'examinant en elle-même, on reconnaît d'abord que partout elle est recouverte par la dure-mère amincie. Sa forme est inégale ; sa surface présente des bosselures offrant au doigt la sensation d'un liquide ; ces bosselures ont une coloration noir-bleuâtre. Dans les sillons qui les séparent, on rencontre la résistance du tissu osseux. Dans quelques points, il semble qu'on ait sous les doigts les extrémités d'aiguilles osseuses soulevées par la tumeur. Cette disposition se rencontre surtout au pourtour des bosselures molles signalées plus haut.

En séparant en deux la tumeur par un trait de scie dirigé dans le sens de son grand axe, on reconnaît :

1° Que la tumeur se compose de deux tissus distincts : A. Un

tissu dur, osseux, ayant une grande analogie avec le tissu spongieux des os, mais présentant une condensation plus grande. B. Un tissu gélatiniforme de couleur brune.

2° Que le tissu osseux occupe la plus grande partie de la tumeur. En bas, il se continue avec les os voisins, dont il se distingue par sa dureté plus considérable et par les vacuoles ou petites lacunes inégales qu'il présente.

3° Que le tissu gélatiniforme est disposé inégalement dans l'épaisseur de la tumeur. Sur quelques points seulement ces bosselures sont recouvertes d'une couche mince de tissu osseux. Là, au lieu de la coloration brune qu'il offre à la surface de la tumeur, il est transparent et grisâtre. Il est en rapport immédiat avec le tissu environnant. Sur aucun point, on ne peut trouver de membrane qui l'entoure.

Examiné au microscope, le tissu de la tumeur n'a montré aux observateurs aucune cellule cancéreuse. On y a, au contraire, constaté facilement et toujours des cellules fusiformes plus ou moins allongées, avec noyau ovoïde très pâle, avec nucléole punctiforme. Ce sont là les caractères assignés au tissu fibro-plastique.

Une tumeur aussi considérable ne pouvait se loger dans la cavité du crâne sans amener des modifications notables dans la position des organes qui y sont contenus. Nous allons essayer d'en donner un aperçu exact.

L'idée la plus générale que l'on puisse donner du déplacement de la masse encéphalique dans son ensemble est celle-ci. Les organes situés sur la ligne médiane de la base du cerveau, au lieu de suivre leur direction ordinaire, contournent le côté droit de la masse hétéromorphe, et forment ainsi une courbe dont la concavité regarde à gauche :

Ainsi le bulbe, au lieu de suivre sa direction normale de bas en haut et d'arrière en avant, après son entrée dans le crâne, se dirige en haut à droite et en arrière pour contourner la partie postérieure de la tumeur, qui, comme nous l'avons vu, s'avance comme une voûte au-dessus du trou occipital. La protubérance s'applique sur la face droite de la tumeur ; elle est très fortement aplatie et placée obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Le pédoncule cérébral gauche présente la même disposition ; il est très aplati et semble s'être allongé. Le chiasma des nerfs optiques,

au lieu de se diriger transversalement, est oblique d'avant en arrière et de gauche à droite. La glande pituitaire est logée dans sa fossette, qui est limitée en arrière par la tumeur.

Sur les côtés, on trouve un aplatissement et une excavation produite par la tumeur sur la face inférieure du lobe moyen de l'hémisphère gauche.

Le lobe cérébelleux gauche est repoussé en arrière par l'extrémité postérieure de la tumeur, et le pédoncule cérébelleux du même côté paraît allongé.

Du côté droit, au contraire, l'hémisphère cérébral embrasse et recouvre la protubérance, et le lobe du cervelet est placé plus en avant que celui du côté opposé.

Les artères du cerveau ont leur volume et leur aspect habituels. Le tissu cérébral est sain dans toute son étendue ; il est ramolli au niveau du pédoncule gauche du cerveau et du pédoncule cérébelleux moyen du même côté.

Il nous reste à déterminer maintenant la manière dont se comportent avec la tumeur les nerfs qui passent à la base du crâne.

Les nerfs olfactifs ne présentaient rien de particulier.

Le nerf optique n'est soumis à aucune compression. En effet, l'implantation de la tumeur sur la face gauche du corps du sphénoïde s'arrête à la dépression qui loge le sinus caverneux.

Le nerf moteur oculaire commun s'engage au-dessous d'un repli mince de la membrane fibreuse qui s'applique à la partie moyenne de la face supérieure de la tumeur. Il contourne son extrémité antérieure et passe au-dessous d'une arcade fibreuse qui en part pour se fixer à l'apophyse clinéoïde antérieure, puis il s'engage dans la fente sphénoïdale et peut être suivi dans l'orbite. Ce nerf est aplati, mais sans dissociation de ses fibres constitutives.

Le nerf pathétique est placé au-dessous du précédent, au moment où il traverse le repli qui se fixe à l'apophyse clinéoïde antérieure ; il est accolé à la face interne de la tumeur, et a son aspect normal.

Le nerf trijumeau se dirige de haut en bas et d'arrière en avant, le long de la face externe de la tumeur, à laquelle il est fortement appliqué par un feuillet cellulo-fibreux mince et résistant. Le ganglion de Gasser est placé le long de cette même face ; les filets qui le constituent sont entièrement dissociés ; les branches qui en par-

tent conservent l'apparence plexiforme pour se reconstituer en troncs nerveux simples au moment où ils sortent du crâne pour constituer les nerfs, ophtalmique de Willis, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur. Les branches afférentes du ganglion ont la même apparence.

Le nerf moteur oculaire externe n'offre rien de particulier ; il est placé, par rapport à la tumeur, de la même façon que le nerf pathétique au-dessous duquel il est situé.

Le nerf facial et le nerf auditif contournent l'extrémité postérieure de la tumeur sans y être appliqués, et s'engagent dans le conduit auditif interne qui est parfaitement libre. Comme nous l'avons vu plus haut, ils ne sont soumis à aucune compression, pas plus que les nerfs des neuvième, dixième, onzième et douzième paires.

On ne trouve dans le reste du cerveau aucune autre altération. Les ventricules ont leur grandeur normale.

Le lobe gauche du cervelet est manifestement ramolli. Le lobe droit l'est également, mais à un moindre degré. Le bulbe et la partie supérieure de la moelle sont sains.

Extrait du rapport de M. MILLARD sur les observations précédentes.

M. Senac vous a présenté deux exemples remarquables de maladie du cerveau, dont je viens vous rendre compte. Tous deux se recommandent également à votre attention, mais à des titres bien différents : le premier, relatif à une hémorrhagie de la protubérance, est surtout intéressant au point de vue de la marche et des symptômes (aussi m'y arrêterai-je plus longtemps) ; dans le second, au contraire, qui consiste dans une tumeur fibro-plastique volumineuse de la base du crâne, c'est la rareté, l'étrangeté de la lésion anatomique qui en fait le principal mérite.

Ce n'est pas, vous le savez, que les hémorrhagies de la protubérance soient elles-mêmes très fréquentes : il suffit de rappeler que, sur 430 cas d'hémorrhagie cérébrale, M. Rochoux n'en a observé que 6, et M. le professeur Andral 9 seulement sur 386.

Les circonstances les plus remarquables de la première observation sont :

1° La simplicité et la localisation si nette du foyer, sans autre complication ;

2° La conservation de la sensibilité et de l'intelligence ;

3° L'hémiplégie du mouvement du côté opposé à l'épanchement ;

4° L'absence complète de ces mouvements convulsifs, épileptiformes ou tétaniques, sur lesquels Ollivier (d'Angers) a insisté, et dont il avait voulu faire un symptôme presque pathognomonique ;

5° Enfin, l'hémiplégie faciale directe.

Ces deux derniers points ont déjà été examinés par moi, l'an dernier, dans un rapport que j'ai eu l'honneur de vous lire à l'occasion d'un autre exemple d'hémorragie de la protubérance, présenté par M. Poisson. Dans le fait de notre collègue, comme dans celui-ci, il y avait également absence de paralysie générale et de contracture, et hémiplégie d'un côté du corps, croisée avec la lésion ; et contrastant avec une hémiplégie faciale directe.

En passant rapidement en revue devant vous l'état actuel de la science sur l'histoire si obscure des hémorragies de la protubérance, j'avais constaté que tous les auteurs étaient d'accord pour reconnaître qu'aujourd'hui il est à peu près impossible de diagnostiquer cette espèce d'hémorragie et de la séparer des autres épanchements sanguins de l'encéphale. Dans leur troisième volume, qui a paru depuis, MM. Hardy et Béhier ont également soutenu cette opinion. Cependant ces auteurs ont emprunté à la thèse inaugurale de M. le docteur Josias (*Des hémorragies de la protubérance, 1854*) plusieurs remarques intéressantes et nouvelles. Je vous demande la permission de citer ici les principales conclusions de cette thèse ; car vous allez voir que presque toutes sont parfaitement confirmées par le fait de M. Senac.

1° *Les convulsions, les mouvements tétaniques, épileptiformes, peuvent souvent manquer.*

Ils ont complètement fait défaut dans le cas actuel, à moins qu'on ne veuille rapprocher de ces signes la contracture légère observée à l'avant-bras.

2° *La respiration est profondément troublée, et, sous ce rapport, les hémorragies de la protubérance se rapprochent de celles du cervelet, pour lesquelles Morgagni avait donné ce trouble de la respiration comme un signe de quelque valeur.*

À ces troubles de la respiration je serais assez tenté de joindre des troubles marqués de la déglutition ; car , dans l'observation principale de la thèse de M. Josias, il est dit que *la paralysie s'étendit à l'œsophage*. M. Senac a également observé chez son malade, dès le sixième jour, outre la gêne de la respiration, une difficulté très grande qui allait toujours croissant. Ces accidents de dyspnée et de dysphagie sembleraient bien indiquer que, dans les deux cas, quelques fibres originelles et radiculaires d'un des nerfs pneumo-gastriques et spinaux avaient été lésées par le foyer sanguin.

3^o *L'hémorrhagie peut n'intéresser qu'un des côtés de la protubérance, et, dans ce cas, il y a hémiplegie de mouvement du côté opposé ; il n'y a de paralysie générale que si l'hémorrhagie occupe le centre du mésocéphale.*

C'est le fait nouveau et capital de la thèse, et que confirme de tous points l'observation de M. Senac. MM. Hardy et Béhier citent également un autre exemple qui leur est personnel, à l'appui de cette opinion.

4^o *Il peut y avoir conservation de la sensibilité dans le côté paralysé, si le foyer est placé dans les couches les plus antérieures.*

Nous sommes précisément ici dans ces conditions, puisque le foyer était situé immédiatement au-dessous du pont de Varole et avait détruit une partie des fibres ascendantes qui continuent dans la protubérance les pyramides antérieures. Dans un cas semblable, M. Archambault, médecin de Charenton, a donné une explication très satisfaisante de cette conservation de la sensibilité, en faisant remarquer que le foyer, ainsi limité aux couches antérieures et moyennes, n'intéressait que des fibres motrices, et respectait, au contraire, dans les couches postérieures, les prolongements des corps restiformes ou faisceaux sensitifs de la moelle.

Messieurs, il reste un dernier symptôme dont j'ai été étonné de ne trouver aucune mention dans cette thèse : car c'est celui dont votre rapporteur a été le plus frappé et qu'il tiendrait à mettre ici en relief. Je veux parler de l'hémiplegie faciale directe, qui m'avait déjà fort intrigué l'an passé. Je m'étais alors appuyé des recherches de notre collègue M. le docteur Vulpian sur l'origine des nerfs crâniens et du nerf facial en particulier, pour tâcher de trouver la clef du croisement de la paralysie de la face avec celle des membres. Chez le malade de M. Poisson, l'hémorrhagie occupait

l'étage supérieur de la protubérance et avait même envahi la paroi antérieure du quatrième ventricule, c'est-à-dire précisément le siège qu'assigne M. Vulpian à une décussation constante et manifeste entre les racines des nerfs de la septième paire; la lésion, située en dehors du sillon médian, avait dû, d'après les idées mêmes de cet anatomiste distingué, produire une hémiplegie faciale directe. Mais aujourd'hui les conditions sont tout autres, puisque ce sont surtout les fibres antérieures et moyennes du mésocéphale qui ont été détruites, et l'explication tombe. Cependant, à défaut de théorie, il n'en reste pas moins un fait clinique très remarquable et sur lequel je tiens à fixer l'attention: c'est la constatation d'une hémiplegie faciale directe dans deux cas d'hémorragie de la protubérance. Si ce symptôme, inaperçu et resté sans signification jusqu'ici, se retrouvait dans un certain nombre d'observations analogues, il est bien évident qu'il acquerrait une très grande valeur et pourrait devenir un signe diagnostique précieux des épanchements sanguins du mésocéphale.

Entreprendre dans ce sens une revue minutieuse des faits qui sont dans le domaine de la science, rechercher tous les cas d'hémiplegie faciale directe, et voir dans quelles proportions ce phénomène peut être rattaché à une lésion quelconque de la protubérance (hémorragie, ramollissement ou tumeurs, etc.), telle est la tâche que se proposait votre rapporteur; le temps lui a manqué cette fois, mais il se réserve de reprendre plus tard cet ordre de recherches, et il se borne pour le moment à vous soumettre, avec une réserve bien naturelle, une opinion qui ne repose encore que sur deux faits bien observés.

J'examinerai beaucoup plus rapidement la tumeur intracrânienne que nous a également présentée M. Senac; j'ai déjà dit, en effet, que c'était surtout un fait très curieux d'anatomie pathologique pure, mais qui ne me paraît pas très fécond en enseignements.

Je passe sur tous les détails, que vous trouverez au long dans l'observation; je veux seulement rappeler les particularités les plus frappantes et qui auraient pu mettre sur la voie du diagnostic:

- 1° La torpeur de l'intelligence, l'hébétéude de la physionomie;
- 2° L'embarras si prononcé de la parole;
- 3° Les douleurs de tête violentes et prolongées;

4° L'exophtalmie. — A propos de ce signe, je ferai remarquer pourtant que la tumeur ne semble pas avoir exercé d'action mécanique sur les parois orbitaires. Quant au strabisme, comme il est dit qu'il était congénital, il perdait toute valeur. Enfin, les phénomènes de paralysie étaient, dans le cas actuel, de nature à tromper sur le siège véritable de la maladie; car l'hémiplégie était complète à gauche, c'est-à-dire du même côté que la lésion, et incomplète seulement à droite, et c'est le contraire qui aurait dû être. Cependant cette tendance de la paralysie à devenir générale avait pu indiquer que, si la maladie était plus particulièrement développée sur un des côtés, elle ne devait cependant pas être éloignée des parties centrales du cerveau.

ARTHRITES CHRONIQUES SUPPURÉES DE LA HANCHE ET DES GENOUX,
par M. LONDE, interne des hôpitaux.

Le nommé V... (Jean), âgé de quarante-quatre ans, est entré le 43 février 1856 dans le service de M. Desprès.

Le malade est depuis longtemps atteint de paralysie générale: il sort de la section des aliénés de Bicêtre. Huit jours avant son entrée dans le service, des symptômes fébriles s'étaient manifestés; bientôt la tuméfaction de la cuisse gauche, la rougeur de la peau, la fluctuation, sont venues annoncer l'existence d'un vaste abcès profond qui a motivé son passage en chirurgie.

A la première inspection, on constate l'existence d'une collection purulente: une vaste incision laisse écouler plusieurs litres d'un pus verdâtre qui exhale l'odeur caractéristique d'une suppuration osseuse. Une mobilité anormale existe dans l'articulation coxo-fémorale du même côté; la cuisse, saisie entre les mains, est refoulée en haut et remonte d'environ 4 centimètres en donnant au chirurgien une sensation particulière de frottement, qui semble indiquer le contact de deux surfaces osseuses dénudées et rugueuses. Les deux genoux sont déformés, surtout à droite: le malade, porteur de deux anciennes hydarthroses, qui ont été, s'il faut l'en croire, traitées il y a dix ans par M. Velpeau et M. Nélaton, à l'aide du fer rouge, des injections iodées, etc., présente les symptômes

d'une luxation latérale externe du genou à droite ; du côté opposé la déformation est beaucoup moins caractérisée.

A la face interne de l'articulation du genou, on remarque une saillie ronde, lisse et volumineuse, débordant la face interne du tibia de 44 centimètres environ. Il existe en dehors une saillie correspondante qui répond à l'articulation péronéo tibiale et à la tubérosité externe du tibia. En déprimant avec le doigt les téguments, on sent fort bien en cet endroit le rebord articulaire qui limite en dehors la cavité glénoïde externe du tibia. La rotule, fortement élevée au-dessus du niveau des condyles fémoraux, repose entièrement sur la partie externe de l'articulation ; le ligament rotulien est obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. La largeur totale de l'articulation malade est de 47 centimètres et demi.

Une mobilité anormale se fait sentir dans cette articulation. La jambe, mise dans l'extension, dépasse aisément la ligne droite et vient former avec le fémur un angle largement ouvert en avant. Dans le sens latéral la jambe se fléchit légèrement en dehors ; les mouvements de latéralité sont beaucoup plus étendus en dedans.

Des altérations analogues, mais beaucoup moins prononcées, se font remarquer dans le genou gauche. L'articulation coxo-fémorale de ce côté étant profondément altérée, on peut soulever le membre inférieur gauche dans son entier pour l'appuyer sur l'épaule à la manière d'un fusil.

Le 16 février. — Le malade est pris d'accidents fébriles paraissant se rattacher à l'infection purulente. Des contre-ouvertures ont été faites pour favoriser l'écoulement du pus. Néanmoins, l'affection continuant à faire des progrès, le malade succomba le 22 février.

Autopsie. — Une longue incision pratiquée sur la cuisse met à nu un foyer purulent d'une vaste étendue qui, après avoir décollé la plupart des muscles de la cuisse, remonte dans l'articulation coxo-fémorale et s'étend jusque dans le bassin, après avoir détaché et détruit en partie le muscle psoas-iliaque. Les parties molles étant enlevées, on tombe dans une vaste cavité demi-circulaire, rugueuse, conca-ve de haut en bas, plane transversalement, limitée en bas par l'ischion, en haut et en avant par l'épine iliaque antérieure et infé-

rière, en haut et en arrière par une saillie volumineuse qui sera plus loin l'objet d'une mention spéciale. On remarque en avant et en bas une petite dépression, dernier vestige de la cavité cotyloïde.

Au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure, on observe une plaque cartilagineuse à moitié ossifiée qui adhère au tendon d'insertion du muscle droit antérieur de la cuisse.

Entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et l'épine du pubis, se font remarquer des végétations osseuses irrégulières, qui correspondent à l'éminence iléo-pectinée, à la crête pectinéale et à la surface triangulaire située au-devant d'elle. Au-devant du trou obturateur, on observe une plaque osseuse demi circulaire qui vient fermer presque complètement le trou obturateur.

Une saillie volumineuse déjà mentionnée, de 8 centimètres de longueur, se fait remarquer à la partie supérieure et antérieure de la fosse iliaque externe, sur laquelle elle est implantée. Sa direction est horizontale de dedans en dehors ; sa forme rappelle à peu près celle de l'apophyse coracoïde. Sa base très large, irrégulièrement quadrilatère, présente une série de jetées osseuses, d'anfractuosités et de trous, et finit par se confondre avec la fosse iliaque externe. Le corps de cette saillie, aplati de haut en bas, est recourbé dans le même sens. Le sommet, aplati de haut en bas, large transversalement, présente quelque analogie de forme avec le col du fémur, et semble s'adapter avec exactitude à l'extrémité supérieure du fémur, telle que la maladie l'a laissée ; il se termine brusquement en effet par une surface inégale, dénudée, semblable à l'extrémité d'une fracture.

Passons maintenant à l'étude des altérations qu'on observe à la partie supérieure du fémur. De toutes les éminences que présente, à l'état normal, l'extrémité supérieure de cet os, le grand et le petit trochanter paraissent seuls être restés intacts ; la tête et le col n'existent plus ; au point où le col s'implante sur le corps de l'os, on remarque une surface plane, légèrement convexe de haut en bas, inclinée en dedans et en bas.

Telles sont les altérations que présente l'articulation coxo-fémorale gauche. Des deux genoux, le droit étant bien plus profondément déformé que le gauche, nous nous bornerons à le décrire.

D'une manière générale, il n'existe plus aucune trace de ligaments distincts, à l'exception du ligament rotulien ; ils ont été remplacés par une vaste capsule aponévrotique d'un aspect lardacé, criant sous le scalpel. Cette enveloppe articulaire étant largement incisée, on trouve les surfaces articulaires dépouillées de leurs cartilages d'encroûtement qui sont remplacés par des plaques ossifiées ; sur quelques points on retrouve encore des vestiges de tissu cartilagineux ; ailleurs, la substance éburnée qui recouvre les extrémités articulaires est profondément érodée, et forme en quelque sorte des flots autour desquels on aperçoit la trame spongieuse des os.

Le condyle interne du fémur a conservé ses dimensions normales, excepté en dedans, où il présente des inégalités, des trous plus ou moins profonds. Sa partie articulaire n'est en rapport avec aucune surface osseuse. Sur le vivant il était aisé de la sentir à travers les parties molles, ainsi qu'il a été dit en commençant.

Le condyle externe a presque entièrement disparu : il est remplacé par une saillie peu prononcée sur laquelle on observe à peine quelques vestiges de surface articulaire. Il correspond à la partie moyenne de l'extrémité supérieure du tibia, fortement échancrée pour le recevoir. Le plan des deux condyles fémoraux est très oblique de haut en bas et de dehors en dedans. La surface articulaire comprise en avant entre les deux condyles a complètement disparu. En arrière on trouve l'échancrure intercondylienne fortement élargie et beaucoup moins profonde qu'à l'état normal. La rotule est en rapport avec le condyle interne.

A la place des deux surfaces concaves séparées par une épine intermédiaire, qui constituent à l'état normal l'extrémité supérieure du tibia, on observe une vaste échancrure concave transversalement, très oblique de haut en bas et d'arrière en avant, limitée latéralement par deux saillies antéro-postérieures aplaties dans le sens transversal, dont l'interne s'articule avec l'espace intercondylien, tandis que la saillie externe répond par sa face interne au condyle externe du fémur. On ne peut mieux comparer l'aspect que présente l'extrémité supérieure du tibia qu'à celui des condyles fémoraux séparés par une échancrure.

Le ligament rotulien conserve ses insertions naturelles : la rotule présente à sa partie postérieure une large surface concave érodée

comme les autres surfaces articulaires : elle est complètement luxée en dehors.

Le péroné, à 4 centimètres au-dessous de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, est soudé au corps du tibia par une jetée osseuse considérable, percée d'un trou qui livre passage à l'artère tibiale antérieure. L'extrémité supérieure de cet os, au-dessous de sa tête articulaire, offre plusieurs autres végétations osseuses.

FRACTURE DU CRANE. ÉPANCHEMENT SANGUIN, par M. BESNIER,
interne des hôpitaux.

Une femme, âgée de vingt-cinq ans, était près d'un échafaudage, quand elle reçut sur la tête un seau de maçon, tombé de la hauteur d'un deuxième étage.

Il y eut perte de connaissance qui dura environ un quart d'heure.

Au moment où la malade est apportée à l'Hôtel-Dieu, on constate sur le sommet de la tête une plaie transversale, à bords nets, d'une étendue de 6 à 8 centimètres.

Plusieurs artérioles donnent lieu à un écoulement de sang considérable. On fait trois ligatures et une suture. Le doigt et le stylet, portés dans la plaie, n'avaient pas fait reconnaître trace de fracture.

18 mai 1855, au matin. — L'aspect général de la malade ne présente rien de particulier, si ce n'est une grande pâleur de la face.

Aucune trace de paralysie faciale. La sensibilité et la motilité sont conservées dans toutes les parties du corps. Pupilles normales.

L'intelligence est parfaitement intacte. La malade s'assied sur son lit, et répond clairement à toutes les questions qui lui sont adressées.

Le pouls est petit, sans fréquence. M. Boyer ordonne une saignée du bras de 500 grammes ; 60 grammes d'huile de ricin. Une syncope arrête la saignée ; il n'a pu être tiré que 200 grammes de sang.

A midi, je fais appliquer 24 sangsues aux apophyses mastoïdes,
31^e ANNÉE. 1856. 2^e SÉRIE. T. I. 15

et l'écoulement sanguin est continué jusqu'au 19 au matin.

19. — La plaie ne présente rien à noter. Le cuir chevelu paraît oedématisé; il en est de même de la peau du front. Une ecchymose peu marquée s'est manifestée à la paupière inférieure du côté droit. Il n'y a pas d'épanchement sous-conjonctival.

Pouls, 120; plus dur et plus large que la veille. Chaleur de la peau peu intense.

Douleur violente dans toute la tête.

Intelligence, sensibilité et motilité conservées.

Un peu de somnolence. Nouvelle saignée du bras. On ne peut retirer que 100 grammes de sang. — Deuxième application de 24 sangsues.

Le soir, la malade, parfaitement éveillée, dit qu'elle se sent mieux, et souffre moins de la douleur de tête.

Pas d'écoulement de sang par l'oreille, les fosses nasales ni le pharynx.

20. — A la visite du matin, l'ecchymose a envahi la paupière supérieure du côté droit et la paupière inférieure du côté gauche.

Sous la conjonctive du côté droit, on constate une bande d'épanchement sanguin de la largeur d'un demi-centimètre, partant de l'angle externe de l'œil, et s'arrêtant au bord correspondant de la cornée.

Rien de semblable du côté opposé.

Les pupilles paraissent un peu dilatées.

L'état général s'est considérablement aggravé dans la nuit. La chaleur de la peau est intense; le pouls est petit et dur, à 160.

La respiration est embarrassée, et les bronches remplies d'écume.

La somnolence est plus marquée; cependant on en tire facilement la malade, qui répond à toutes les questions qu'on lui adresse.

La sensibilité et la motilité sont encore intactes. Nouvelle application de 24 sangsues.

Les symptômes vont en s'aggravant, et sans agitations, sans convulsion, la malade succombe à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — La plaie du cuir chevelu ne présente rien de particulier. Pas de décollement à son niveau.

En détachant le cuir chevelu pour mettre à nu la voûte crânienne, on constate un épanchement sanguin uniformément ré-

pandu sur toute la surface du crâne, entre le périoste et l'aponévrose épicroânienne.

Au niveau de la plaie, et correspondant à sa partie moyenne, on voit une fêlure du frontal dirigée d'arrière en avant, dans une étendue de 4 centimètres, commençant à l'extrémité antérieure de la suture bipariétale, et s'arrêtant brusquement en avant.

La suture pariéto-frontale est écartée dans toute son étendue, et surtout à droite. La suture bipariétale présente un écartement beaucoup moins marqué, qui prolonge en arrière et dans la même étendue la fêlure du frontal.

La voûte crânienne, détachée par un trait de scie circulaire, permet de constater les particularités suivantes :

1° A droite, entre la dure-mère et la face interne des os du crâne, correspondant pour la forme et la position à la fosse temporale, un vaste caillot adhérent d'une part à la dure-mère, et de l'autre au tissu osseux;

2° Sur la ligne médiane, au niveau de la fêlure du frontal, un petit épanchement très circonscrit;

3° A gauche, un caillot analogue, pour la forme et la position, à celui de droite, mais beaucoup moins considérable. La pie-mère est fortement injectée.

La surface externe du lobe antérieur droit présente une dépression considérable en rapport avec le caillot décrit plus haut.

Le diamètre de cette dépression est de 8 centimètres, d'avant en arrière.

Le diamètre vertical est limité en bas à la base du cerveau, et en haut à 3 centimètres au-dessous du sillon inter-hémisphérique.

La profondeur de la dépression est de 2 à 3 centimètres.

A gauche, il n'y a qu'un simple aplatissement des circonvolutions.

Le cerveau a sa consistance normale, et la substance incisée présente un piqueté général.

Les cavités ventriculaires sont à l'état normal.

Après avoir retiré le cerveau, on constate :

1° A gauche. La disjonction de la suture pariéto-frontale, se prolongeant jusqu'au commencement de l'union du sphénoïde avec le temporal. A ce point, la solution de continuité abandonne les su-

tures et marche dans la lame écailleuse du temporal, jusqu'au niveau du canal carotidien.

Si l'on continue à aller de gauche à droite, on constate la rupture du sommet de la portion pierreuse du temporal. Cette rupture paraît se continuer avec une fêlure transversale de l'apophyse basilaire. Ce fait ne pourra être démontré que par la macération.

2° *A droite.* La disjonction suturale s'arrête au même point qu'à gauche. De même aussi la solution de continuité abandonne les sutures pour se bifurquer : 1° suivant une courbe à concavité antérieure, dans l'épaisseur de la lame écailleuse du temporal et dans l'épaisseur du sphénoïde, en dedans des trous grand et petit rond, en dedans du trou optique, jusqu'à l'extrémité postérieure de la lame criblée de l'éthmoïde ; 2° suivant une ligne courbe et inscrite dans la première, qui se dirige vers la fente sphénoïdale.

HERNIE CRURALE DROITE ; ÉTRANGLEMENT. — TAXIS PROLONGÉ ; OPÉRATION ; MORT , par M. BESNIER, interne des hôpitaux.

La nommée B... (Henriette), âgée de soixante ans, est entrée à l'hôpital Beaujon le 28 mars 1856 (service de M. Huguier).

Cette femme est affectée d'une hernie crurale du côté droit, qui date de quatre ans. La tumeur était réductible et ordinairement maintenue par un bandage.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade, arrivée à la dernière période des accidents produits par l'étranglement des hernies, est dans un état d'épuisement et de prostration tel qu'il est impossible de lui faire subir un interrogatoire détaillé. On apprend seulement que les accidents existent depuis quatre jours déjà, et qu'il a été fait en ville des tentatives de taxis nombreuses et prolongées.

La face est grippée ; le pouls petit, misérable ; la température de la peau au-dessous de la normale ; le ventre est médiocrement distendu et peu douloureux. La malade souffre beaucoup moins que les jours précédents. Les vomissements ont cessé presque complètement ; ils ont été remplacés par le hoquet. Il n'y a eu à l'hôpital qu'un seul vomissement à odeur stercorale.

Au-dessous du pli inguino-crural, vers l'union du tiers interne

avec les deux tiers externes de ce pli, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'une consistance molle et très peu douloureuse à la pression. La peau a conservé sa coloration normale ; il y a un peu d'œdème dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Devouges, interne de garde, prenant en considération les tentatives de réduction faites avant l'entrée à l'hôpital, fait mettre la malade dans un bain, et pratique une seule fois le taxis et avec beaucoup de modération.

M. Huguiet, appelé dans la soirée, constate la gravité de l'état de la malade, perçoit dans la tumeur une sorte de fluctuation et un peu de crépitation. Quoiqu'il pensât que l'opération n'avait que très peu de chances de réussite, pour ne pas dire aucune, notre savant maître se décida néanmoins à la pratiquer.

Une incision cruciale est faite sur la tumeur ; on arrive rapidement au sac, dont les parois sont molles, épaisses, violacées, et laissent exhaler une odeur très fétide ; puis le sac est incisé, et il s'écoule une petite quantité de sanie très fétide. L'intestin se montre alors sous la forme d'une masse peu volumineuse, médiocrement distendue, et d'une couleur lie de vin. Le doigt, porté dans la plaie, reconnaît l'anneau constricteur, qui est incisé en haut et à deux reprises différentes. Malgré ce débridement, qui rendait l'anneau constricteur parfaitement libre, l'intestin restait fixé au niveau de l'étranglement par des adhérences qu'il fallut détruire avec le doigt et la sonde cannelée. La réduction devint alors possible.

Un pansement simple fut appliqué sur la plaie.

La mort survint dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le grand épiploon tendu et formant entre la grande courbure de l'estomac et la hernie une vaste bride de forme irrégulièrement triangulaire, à base supérieure et à sommet inférieur, qu'il faut inciser pour arriver sur la masse intestinale. Les anses de l'intestin sont médiocrement distendues, agglutinées entre elles, et couvertes d'arborisations vasculaires. On trouve dans la cavité péritonéale du pus, des fausses membranes, en un mot tous les signes d'une péritonite aiguë intense et généralisée. En suivant la portion d'intestin grêle la plus distendue, on arrive facilement au lieu de l'étranglement, et l'on constate que la hernie était formée par une anse d'intestin

complète, de 40 à 42 centimètres de longueur, et située à 4 mètres environ du cæcum. Cette portion d'intestin est flasque, d'une couleur lie de vin, et présente bien nettement la trace de la constriction circulaire produite par l'étranglement. On constate, en outre, une petite perforation de 5 millimètres de diamètre, perforation qui n'existait pas, ou au moins n'a pas été aperçue, malgré l'examen attentif de l'intestin fait au moment de l'opération.

En arrière de la partie la plus inférieure de la bride épiploïque dont nous avons déjà parlé, on voit le péritoine se froncer, se disposer en un infundibulum dont le goulot est noirâtre et infiltré. En avant, la bride épiploïque paraît se continuer directement avec le collet du sac, et prendre part à la formation de celui-ci. En dehors, on reconnaît d'abord le ligament rond; plus bas, entre ce ligament et le collet du sac, l'artère épigastrique; puis, toujours en dehors et en arrière, les vaisseaux cruraux. Après un trajet excessivement court, on voit le sac sortir par un orifice de forme semi-lunaire, formé en haut par la paroi inférieure du canal inguinal, en bas par un repli falciforme appartenant au *fascia crebriformis*. Cet orifice est tout à fait distinct de celui de la veine saphène.

En avant, la dissection permet d'isoler le sac, que l'on trouve épaissi, infiltré, et d'un couleur lie de vin très foncée. On reconnaît parfaitement le point où le sac a été incisé pendant le débridement, et l'incision faite en haut qui a porté sur la paroi inférieure du canal inguinal, et a mis à nu le ligament rond.

La portion d'intestin grêle herniée est ensuite détachée. La constriction n'a pas érodé la tunique séreuse; mais, ainsi que le disait Roux, agissant par un mécanisme analogue à celui qui dans la ligature des artères brise la tunique interne en respectant l'externe, elle a produit sur la muqueuse une petite ulcération.

Cette observation montre nettement l'étranglement par un anneau artificiel situé si près de l'anneau naturel que, dans le cas où il n'y aurait pas eu autopsie, le chirurgien aurait pu croire qu'il avait débridé l'anneau naturel.

Elle prouve, en outre, une fois de plus combien doivent être modérées les tentatives de taxis faites loin du début, et combien peu de chances de réussite il reste au chirurgien quand la péritonite est déjà généralisée.

Extrait du rapport de M. TRÉLAT sur les deux observations précédentes.

Je ne retracerai pas ici les détails de ces observations : j'en examinerai seulement quelques points. Pour ce qui a trait au premier fait, et laissant de côté l'examen anatomique de la fracture du crâne, nous pouvons en quelques mots formuler l'histoire de la maladie.

Une jeune femme de vingt-cinq ans reçoit sur le sommet de la tête un seau de maçon qui tombe du deuxième étage. Elle perd connaissance pendant un quart d'heure, et, au bout de ce temps, elle ne présente plus aucun symptôme remarquable. Le surlendemain de l'accident elle éprouve de la somnolence et une violente céphalalgie. Le jour suivant, somnolence plus marquée, coma, mort sans cris, sans agitation. A l'autopsie, on trouve, entre le crâne et la dure-mère un caillot de 2 à 3 centimètres d'épaisseur, qui occupe toute la fosse temporale droite ; un caillot semblable, mais beaucoup moins épais, existe dans la fosse temporale du côté gauche.

En constatant l'existence de ce volumineux caillot, qui laisse une empreinte profonde sur le lobe cérébral correspondant, et remarquant d'autre part l'absence complète de ces symptômes d'excitation qui appartiennent le plus souvent à la contusion cérébrale, on est grandement tenté d'admettre que la compression a causé la mort de notre malade.

Je ne pense pas que cette opinion doive prévaloir. Remarquons d'abord qu'à aucun moment il n'y a eu de paralysie de la sensibilité ni du mouvement ; que, le jour même et le lendemain de l'accident, les fonctions cérébrales s'accomplissaient régulièrement. C'est le troisième jour seulement que surviennent de la céphalalgie et de la somnolence, et la mort a lieu le lendemain. Sont-ce là ces symptômes à marche progressive et continue qui servent à caractériser la compression ? Ne retrouvons-nous pas au contraire ici cette marche si fréquente dans bon nombre de cas où il n'existe nulle cause de compression ? Il est bon d'ajouter que la céphalalgie et la somnolence peuvent parfaitement appartenir à un commencement de méningo-encéphalite, que l'autopsie nous révèle par les paroles suivantes : *La pie-mère est fortement injectée ; la substance cérébrale présente un piqueté général.*

J'ai eu une seule fois l'occasion d'observer un cas bien net,

bien tranché de compression cérébrale. J'ai communiqué cette observation, en 1852, à la Société anatomique. Ce qu'il y avait de remarquable, c'était la paralysie absolue de tout mouvement, de tout sentiment ; l'impossibilité d'exciter des contractions de la pupille fortement dilatée, de provoquer des mouvements de déglutition ; la lenteur extrême du pouls, la faiblesse et la légèreté de la respiration ; enfin, et par-dessus tout, ceci, qu'il ne survint aucun changement depuis le moment de l'accident jusqu'à la mort, qui eut lieu doucement, sans secousses, huit ou neuf heures après. Le caillot, placé en haut de la fosse occipitale gauche, pesait 160 grammes.

J'ai cité ce fait, parce qu'il offre un contraste aussi tranché que possible avec l'observation de M. Besnier, et qu'il vient appuyer ce que je disais quelques lignes plus haut : ce n'est pas la compression qui a causé la mort de la malade. Est-ce à dire, pour cela, que les foyers sanguins n'ont joué ici aucun rôle ? Nullement : ils ont été la cause efficiente de la réaction inflammatoire caractérisée par la congestion vasculaire ; mais c'est comme corps étranger, comme épanchement, et non comme compression mécanique, qu'ils ont exercé leur action funeste.

Je passe à la seconde présentation du candidat. C'était une pièce de hernie crurale étranglée et opérée. L'opération, faite *in extremis*, au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, fut suivie de mort.

Le débridement avait été fait par deux fois en haut, sur le ligament de Gimbernat. Le chirurgien avait été obligé, pour réduire l'anse herniée, de détruire des adhérences que les anses intestinales avaient contractées un peu au-dessus de l'étranglement.

Par quoi était constitué l'étranglement, et pourquoi a-t-on débridé l'anneau crural ? Telles sont les deux questions qui ont été examinées au sein de la Société.

M. Houel, rapprochant les deux bords de l'incision de l'arcade crurale, fit voir que l'anneau permettait l'introduction facile du doigt, que dès lors l'étranglement ne siégeait pas à ce niveau. Cette conclusion est très légitime ; mais M. Houel, allant plus loin, se demanda si le débridement était nécessaire, et sembla pencher pour la négative. L'examen de la pièce peut lever tous les doutes, et démontre que le débridement était nécessaire.

En effet, la hernie s'était fait jour à travers le *fascia crebrifor-*

mis, au-dessus de l'orifice de la saphène, et était limitée en haut par l'arcade crurale, en dehors et en bas par le *fascia crebriformis*, en dedans par l'aponévrose du pectiné. C'est dans cet anneau anormal qu'elle s'était étranglée. Cette disposition est fréquente, peut-être même la plus fréquente dans la hernie crurale. Dès lors, où pouvait-on débrider? En bas, on risquait de blesser la saphène; en dehors, les vaisseaux fémoraux. C'est en haut que le débridement était à la fois le plus efficace et le plus exempt de danger. Mais il faut bien comprendre ceci, que l'incision sur l'arcade crurale ne s'adressait nullement à l'anneau crural, qui était parfaitement perméable, mais bien à l'anneau nouveau, dont le ligament de Gimbernat constituait seulement une portion.

XXXI^e ANNÉE. — JUIN 1856.

SOMMAIRE. — 1. Rétrécissement valvulaire de l'aorte au niveau du canal artériel. — 2. Altération graisseuse partielle d'un placenta de grossesse triple. — 3. Altérations profondes de l'aorte. — 4. Ossification de la vésicule ombilicale. — 5. Tumeur de l'extrémité inférieure du fémur. — 6. Tumeurs purulentes des trompes utérines. — 7. Testicule tuberculeux. — 8. Arthrite chronique, productions osseuses libres. — 9. Tumeur glandulaire (hypertrophie) de l'index. — 10. Fracture consolidée de la jambe. — 11. Fracture directe de la voûte du crâne. — 12. Fœtus anencéphale. — 13. Luxation en arrière de la phalange unguéale du pouce. — 14. Luxation ischiatique du fémur. — 15. Kyste osseux multiloculaire du radius gauche. — 16. Hernie obturatrice. — 17. Péricardite hémorrhagique, fausse membrane épaisse. — 18. Altération du foie.

OBSERVATIONS. — Note sur un sujet atteint de vice de conformation des organes génitaux externes, par M. Dufour.

Tumeur de l'extrémité inférieure du fémur, par M. Topinard.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Dumont-Pallier présente à la Société un *rétrécissement valvulaire de l'aorte*, immédiatement au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche, au point d'abouchement du canal artériel.

La nommée Binaud (Émilie), âgée de trente-neuf ans, était entrée, fin de mars 1856, à l'hôpital la Riboisière, dans le service de M. Voillemier. Cette femme, ordinairement bien portante, se plaint de douleur dans la hanche du côté droit. Dans la fosse iliaque externe du côté correspondant, il existe une tumeur volumineuse fluctuante.

Le 8 avril, M. Broca, chargé du service par intérim, ponctionna la tumeur et fit une injection iodée. La ponction donna issue à du pus verdâtre. La collection purulente avait eu pour cause probable une affection de l'os iliaque.

La malade resta salle Sainte-Jeanne, jusqu'au 20 mai; mais, à partir du 9 avril, jour de la ponction et de l'injection, il y eut grand écoulement de pus, d'abord par l'ouverture faite par le trocart, puis par des incisions qui avaient été pratiquées à différentes époques du traitement. Plusieurs fois la malade eut des frissons, de la chaleur de la peau avec accélération du pouls, la bouche amère, et une grande altération des traits. Cependant, le foyer purulent avait diminué d'étendue, les parois de la cavité purulente semblaient se rapprocher. La malade se levait et avait recouvré l'appétit. Mais, le 20 mai, il survint de l'œdème des membres inférieurs sans qu'il y eût d'oppression. L'auscultation du cœur fit découvrir l'existence d'un bruit de souffle au premier temps.

Alors la femme Binaud fut transportée dans le service de M. Tardieu : elle y mourut après quinze jours de séjour, et la mort parut causée par une maladie du cœur. En effet, il y avait un œdème et refroidissement des membres inférieurs, épanchement dans les plèvres, bruit de souffle persistant au cœur, dyspnée et teinte cyanosée de la face. La mort ne fut point subite.

L'autopsie a été faite très incomplètement; nous avons cependant été assez heureux pour rencontrer un rétrécissement aortique très remarquable au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche. Ce rétrécissement était considérable, de forme régulièrement circulaire, et comme s'il avait été produit par une ligature.

L'aorte présentait une augmentation de volume sensible depuis sa naissance jusqu'à l'origine du tronc innommé, lequel, ainsi que les artères carotide et sous-clavière gauche était notablement dilaté.

À partir de l'origine du tronc innommé, toute la portion de l'aorte qui s'étend jusqu'à l'insertion du ligament artériel était progressivement diminuée de volume, si bien que la portion de la crosse aortique qui s'étend de la sous-clavière gauche à l'insertion du ligament artériel n'avait que 13 millimètres de diamètre. — *C'était au point d'insertion du ligament artériel que se trouvait le maximum de rétrécissement.* — L'aorte descendante recouvrait bientôt son volume normal.

Le rétrécissement paraissait circulaire, c'est-à-dire qu'il portait sur toute la circonférence du vaisseau; de plus, si, au moyen d'une coupe convenable, on observait le rétrécissement à l'intérieur du

vaisseau, on remarquait qu'il était valvulaire, c'est-à-dire que le rétrécissement intérieur était formé par une *cloison régulièrement disposée*, cloison adhérente à la paroi du vaisseau par toute sa circonférence, et ne donnant passage au sang que par une *ouverture centrale* de forme triangulaire. Cette ouverture centrale, ainsi que toute la cloison, offraient le même aspect et la même disposition, soit qu'on les observât du côté du cœur ou du côté de l'aorte descendante.

L'ouverture n'était point circulaire; elle avait la forme d'un triangle, à base du côté de la convexité du vaisseau, à pointe du côté de la concavité. Cette ouverture offrait trois bords rectilignes, non dentelés, et recouverts, de même que toute la cloison, par une membrane analogue à la membrane interne du vaisseau. La portion résistante de cette cloison, ou diaphragme vasculaire, était formée par la membrane moyenne de l'artère. La membrane externe passait comme un pont au-dessus de la dépression circulaire.

Le rétrécissement portait principalement sur les deux membranes interne et moyenne du vaisseau, et cela au lieu même d'insertion du ligament artériel.

L'artère aorte n'offrait *aucun dépôt stéatomateux ni calcaire*; elle avait sa souplesse et son élasticité normales.

Il n'y avait point d'hypertrophie sensible du cœur gauche. Il n'y avait, comme nous l'avons fait remarquer, qu'une dilatation légère de la première portion de la crosse aortique.

Voici les mesures des *diamètres* des différentes portions de l'aorte.

Mesures prises en dehors du vaisseau.

A l'origine de l'aorte, hors du cœur.....	0,040 ^{mm}
Immédiatement avant l'origine du tronc innominé....	0,030
Immédiatement après l'origine de la s.-clavière gauche.	0,013
Au point de rétrécissement.....	0,012
Après le rétrécissement.....	0,028

Mesures du rétrécissement à l'intérieur du vaisseau.

Hauteur de l'ouverture triangulaire.....	0,006 ^{mm}
Base de cette même ouverture.....	0,0021/2

Avec un semblable rétrécissement la circulation était impossible ; aussi avait-elle lieu par de nombreuses anastomoses.

Les mammaires internes étaient considérablement dilatées : elles avaient chacune la grosseur d'une artère fémorale.

En disséquant les branches intercostales et diaphragmatiques antérieures, il était aisé de reconnaître combien elles étaient développées, sinueuses, et pouvaient, par leurs anastomoses avec les intercostales et diaphragmatiques aortiques, contribuer au rétablissement de la circulation et reporter le sang dans l'aorte elle-même au-dessous du point rétréci. La branche terminale de chaque mammaire qui s'anastomose avec l'épigastrique était peu développée. L'épigastrique elle-même n'avait que son volume ordinaire. Les épigastriques n'avaient donc point contribué au rétablissement de la circulation dans les membres inférieurs.

Il existe dans les annales de la science plusieurs observations de rétrécissements de l'aorte analogues à celui dont nous venons de donner la description. Citons seulement les observations de Paris (1), d'Ast. Cooper (2), de Graham (3), de Meckel (4), de Reynaud (5) et de Legrand (6). Toutes présentent ce fait remarquable, que le rétrécissement est situé au-dessous de la sous-clavière gauche, au point d'abouchement du canal artériel. Il est permis, par cette seule remarque, de penser que cette anomalie est probablement liée au travail d'oblitération du canal artériel dans les premières semaines de la vie extra-utérine. L'altération que nous venons de décrire n'est donc pas due à un arrêt de développement, mais plutôt à une exagération du travail oblitérateur, qui a son siège dans le canal artériel, et qui se continue par extension sur la zone artérielle qui reçoit ce canal ?

(1) Desault, *Journ. chirurgie*, t. II, p. 107.

(2) Hodgson, *Maladies des art. et des veines*, t. II, p. 564 et suiv.

(3) *Idem*, *id.*

(4) *Journ. complémentaire de médecine*, 1828, t. XXX, p. 88.

(5) *Journ. hebdomadaire de médecine*, 1829, t. I, p. 113 et suiv.

(6) *Du rétrécissement de l'aorte, du diagnostic et du traitement de cette maladie*, broch. Paris, 1854. — Ducossois.

2. M. Dumont-Pallier fait voir un *placenta de grossesse triple*, présentant l'altération généralement appelée *graisseuse*, dans une partie de son étendue.

La partie de placenta normale fournit un cordon de volume ordinaire, qui appartenait à un fœtus né vivant. Tout le reste de l'organe est d'un jaune pâle, un peu induré; on sépare facilement les cotylédons les uns des autres, on peut même en diviser les villosités constituantes. Cette portion ne contient plus de sang et renferme une grande quantité de graisse. On sait que M. Robin attribue cet état à une atrophie fibreuse des villosités placentaires, atrophie qui peut s'accompagner parfois, mais non toujours, du dépôt de globules graisseux. La partie malade du placenta donne naissance à deux cordons très grêles, non enroulés, auxquels sont appendus deux fœtus morts vers le troisième mois de la grossesse environ, et aplatis par la pression constante qu'ils ont subie. On peut se demander ici, si la mort du fœtus a causé l'altération du placenta, ou si c'est la réciproque qui est vraie.

M. Broca pense que nous avons sous les yeux une véritable altération graisseuse de l'organe, et qu'on doit expliquer ainsi la succession des faits : les trois fœtus nuisaient mutuellement à leur développement : deux d'entre eux ont succombé. Il est alors arrivé ce qu'on observe dans tous les organes de l'économie qui cessent de fonctionner, il s'est déposé de la graisse.

M. Hillairet. On a présenté, il y a quelque temps, à la Société de biologie un fait analogue à celui-ci. C'était une grossesse double, un des fœtus était atrophié. La moitié du placenta qui lui correspondait était altérée; seulement c'était une atrophie fibreuse et non graisseuse qui existait.

3. M. Guyot fait voir des *altérations profondes de l'aorte*, et donne les renseignements que voici :

Un homme entra, le 27 juin, dans le service de M. Andral. Il avait eu un rhumatisme en 1822, et, depuis cette époque, il était sujet à des palpitations. Le soir de son entrée, on trouve, à l'auscultation un bruit râpeux profond qui s'entendait dans presque toute la hauteur de la poitrine. Le lendemain et le surlendemain, ce bruit avait complètement disparu : l'auscultation ne révélait

aucun signe anormal. Le 5 juin, vers huit heures du soir, le malade est pris d'étouffements de plus en plus pénibles ; on n'entend aucun bruit de souffle au cœur, sur l'aorte ni sur les carotides. L'asphyxie se prononce de plus en plus, et la mort arrive à minuit.

A l'autopsie, on trouve le cœur parfaitement normal ; mais l'aorte, à partir de 2 centimètres de son origine, jusqu'au tronc coeliaque, présente des altérations profondes. Son calibre a doublé de largeur. Les parois sont très hypertrophiées, à ce point que, par places, toutes les tuniques réunies ont près de 4 centimètre d'épaisseur. On trouve en outre, sur la face interne, de nombreuses ulcérations, au fond desquelles se voient quelques petits dépôts crétacés. Il n'y avait pas de caillot dans l'intérieur du vaisseau.

4. M. Topinard montre une vésicule biliaire dont les parois sont totalement ossifiées et offrent environ 5 millimètres d'épaisseur. Cette pièce a été prise sur le cadavre d'une femme morte de gangrène sénile.

5. M. Lala fait voir deux pièces :

4° Une tumeur de l'extrémité inférieure du fémur.

Une femme, âgée de trente-deux ans, entrée, dans le mois de mai, à l'hôpital Saint-Louis, portait une volumineuse tumeur du genou. Au premier abord, on aurait pu songer à une tumeur blanche de l'articulation ; mais il était facile de constater que les mouvements étaient parfaitement libres, que la tumeur siégeait au-dessus de l'articulation et dans l'épaisseur du fémur.

La maladie faisant de continuels progrès, M. Malgaigne se décida à pratiquer l'amputation de la cuisse.

En disséquant le membre, on trouve une tumeur régulière, du volume des deux poings, dont les parois sont constituées par une mince coque osseuse sur les côtés, et en bas par le cartilage diarthrodial des condyles fémoraux. A ce niveau, il ne reste absolument que le cartilage, toute la substance osseuse a été détruite. La paroi est si mince en quelques points, qu'on peut la faire plier sous le doigt. Aucune loge, aucune aiguille osseuse ne traverse l'intérieur de cette cavité. Celle-ci est remplie d'une matière molle,

en général d'une couleur jaunâtre, contenant de nombreux caillots sanguins.

M. Dufour, qui a bien voulu faire l'examen microscopique de cette pièce, y a trouvé des cellules cancéreuses.

6. 2° *Des tumeurs des trompes utérines.*

Une femme, âgée de trente-six ans, succomba à une péritonite chronique avec ascite ; elle avait eu, il y a deux ans, une péritonite puerpérale.

A l'autopsie, on ne trouva de tubercules dans aucun organe ; les parois de l'utérus semblaient un peu ramollies, mais ne contenaient pas de tubercules. La trompe gauche est tortillée en spirale, elle est dilatée, ses parois sont distendues par une substance concrète, d'un blanc jaunâtre, granuleuse. Une tumeur grosse comme un petit œuf siège à l'extrémité de la trompe. Du côté droit, le canal tubaire présente des altérations semblables, mais moins étendues ; les parois sont hypertrophiées et indurées. M. Lala se demande si l'on doit considérer ces produits comme du tubercule ou des concrétions purulentes.

La question paraît douteuse à plusieurs membres de la Société ; cependant l'absence du tubercule dans les autres organes de l'économie semble plus favorable à l'idée d'amas de pus concret.

M. Moreau (Alexis) pense également que ce n'est pas là du tubercule. Il a eu plusieurs fois occasion d'observer des lésions semblables à la suite de péritonite puerpérale. Il ne saurait les comparer mieux qu'aux fausses membranes épaisses et blanchâtres qui existent dans la péritonite chronique.

7. M. Foucher montre à la Société un *testicule tuberculeux*.

Cette pièce a été trouvée sur un homme de trente à trente-cinq ans. On voit que l'épididyme du côté gauche est parsemé de petites masses d'un blanc grisâtre, du volume, les unes d'une tête d'épingle, les autres d'un pois. Ces petites masses sont d'une consistance différente. La plus volumineuse, située à la queue de l'épididyme, est complètement ramollie. L'examen microscopique a permis de con-

stater ici la présence du tubercule, et, entre les dépôts tuberculeux, la substance normale de l'épididyme. La substance testiculaire elle-même a changé d'aspect; elle est parsemée d'une multitude de petits points d'un gris jaunâtre, qui ont une grande analogie avec les granulations miliaires que l'on rencontre quelquefois dans le poumon. Tout l'organe testiculaire est augmenté de volume, inégal à sa surface et de consistance variable dans ses divers points. Le testicule du côté opposé et la prostate sont sains. Il n'y a pas de tubercules dans le poumon.

Cette pièce me paraît offrir de l'intérêt à plusieurs points de vue. On sait que Vidal (de Cassis) a cherché à établir que lorsque les tubercules n'existent que dans un côté, le cas est plus grave, parce qu'alors il y a coïncidence de tubercules pulmonaires; qu'au contraire les tubercules dans les deux testicules existent sans tubercules pulmonaires. La pièce que je viens de montrer donne un démenti formel à cette opinion. La tuberculisation est unilatérale et les deux poumons sont sains. M. Velpeau a du reste fait voir que souvent les tubercules testiculaires n'étaient compliqués d'aucuns tubercules pulmonaires. Enfin, on sait que le tubercule se développe dans le testicule sous deux formes : tantôt il est déposé par masses assez volumineuses, tantôt il est déposé sous forme de fines granulations : c'est là l'infiltration tuberculeuse. Ces deux formes se rencontrent à la fois dans le testicule que je montre à la Société, la première forme existant dans l'épididyme, la deuxième dans le testicule.

S. M. Foucher présente à la Société *plusieurs articulations* offrant des *productions osseuses libres* dans leur intérieur. Ces articulations sont celles de l'épaule et du coude ; elles proviennent du même sujet.

Le coude du côté droit offre à son plus haut degré les altérations de l'*arthrite chronique*. La surface articulaire humérale est déformée, éburrée dans certains points ; les bords en sont irréguliers et déjetés en dehors. Du côté des os de l'avant-bras, les surfaces articulaires ont subi une déformation encore plus considérable. La tête du radius est très hypertrophiée, rugueuse à sa surface. On voit en outre à la face interne du ligament antérieur trois productions osseuses, dont deux ont le volume d'une petite noix. Ces trois

corps étrangers tiennent à la synoviale, et se moulent sur les anfractuosités des surfaces articulaires; ils ne sont un peu mobiles que lorsque l'articulation est fléchie. Du reste, leur présence limite le mouvement de flexion et empêche complètement les mouvements de pronation et de supination.

L'épaule droite offre des altérations analogues. Ainsi, la tête humérale est aplatie et éburnée, et supporte à sa partie inférieure une énorme végétation osseuse; de plus on trouve quatre petits corps étrangers disséminés dans la synoviale.

Dans l'épaule gauche, la lésion est encore plus marquée: la tête humérale est élargie, plate et éburnée; au-dessous d'elle existe une production osseuse qui a presque son volume et en est séparée par une profonde rainure; çà et là on rencontre, au pourtour de la surface articulaire, de petites végétations osseuses pédiculées, à sommet arrondi. Deux corps étrangers aplatis sont fixés à la face interne de la partie inférieure de la synoviale, quatre plus petits occupent la partie supérieure, et l'un d'entre eux est logé dans la gaine du tendon de la longue portion du biceps; le grand et petit trochanter sont déformés, et l'extrémité supérieure de l'os est coudée au niveau de son col chirurgical; au pourtour de la cavité glénoïde élargie et éburnée, on trouve deux autres corps étrangers analogues aux précédents.

Ces productions mobiles articulaires, que je viens de mettre sous les yeux de la Société, s'offrent à des périodes diverses de leur évolution; elles sont fort nombreuses, et variables quant à leur volume, à leur forme, à leur degré de mobilité; en outre, elles coïncident avec une altération profonde des extrémités articulaires, altération portant à la fois sur la structure et la forme de ces extrémités. Ces lésions, appartenant à l'arthrite chronique et la caractérisant, sont même tellement importantes, que la présence des corps étrangers ne doit être envisagée que comme un accident secondaire, une production dépendant de l'arthrite chronique, à l'égal des productions périostales qui limitent les surfaces articulaires; et, sous ce rapport, les nombreuses pièces que nous avons examinées nous ont montré que leur origine est multiple: tantôt le dépôt plastique qui formera le corps étranger se produit dans les franges synoviales, tantôt dans l'épaisseur de la synoviale elle-même, tantôt enfin dans le périoste, où il constitue ces stalactites osseuses qui, plus tard,

en se détachant de l'os, formeront les corps mobiles qui, en tout cas, constituent des productions nouvelles échappant par leur multiplicité, par les lésions profondes qui les accompagnent, à toute thérapeutique chirurgicale. C'est cette forme de corps mobiles articulaires que nous rencontrons le plus souvent dans les amphithéâtres, à l'école pratique, et qui nous a paru surtout fréquente au coude, parce que là existent des anfractuosités nombreuses propres à les loger. Ce sont ces corps qui, développés dans le coude, sont d'un diagnostic si difficile, à cause de l'état serré de la jointure et de la tension des ligaments.

Il nous a paru qu'il existait une autre forme de corps étrangers, celle que l'on rencontre dans les hôpitaux, que les cliniciens nous signalent surtout dans le genou, qui se forment, sans contredit, par le même mécanisme que les précédents, mais qui sont plus souvent uniques, et ne coïncident pas avec l'altération grave des surfaces articulaires; ceux-ci se montrent assez souvent chez des sujets adultes, tandis que les précédents se rencontrent plutôt chez les vieillards; enfin, ils constituent la lésion principale, et ils sont accessibles à la thérapeutique chirurgicale. J'ai pensé que cette distinction méritait d'être signalée, attendu qu'elle me paraît devoir faire cesser le désaccord qui règne sur ce sujet entre ceux qui étudient à l'école pratique et ceux qui observent dans les hôpitaux, les uns rencontrant la première forme, les autres voyant plutôt la seconde. Il ne faut pas oublier, toutefois, que ce sont là deux formes seulement d'une affection dont le mode de production reste le même dans les deux cas.

●. M. Broca fait voir une pièce qui lui a été remise par M. Huguier. C'est une tumeur de l'index dont le début remonte à une dizaine d'années. Cette tumeur était indolente; elle s'accroissait lentement. Au moment où le chirurgien se décida à pratiquer l'ablation du doigt, elle se présentait sous forme d'une large ulcération plane, régulière, d'une couleur rouge jaunâtre, ulcération dont les bords saillants étaient cicatrisés. En pratiquant une coupe médiane du doigt, on reconnaît que la tumeur est tout entière développée dans l'épaisseur de la peau; les phalanges et le tendon extenseur sont atrophiés.

M. Broca considère cette tumeur comme une hypertrophie des

glandes de la peau. En effet, on y trouve des myriades de culs-de-sac glandulaires remplis d'épithélium nucléaire régulièrement disposé. Au milieu de ces éléments, quelques touffes cellulaires se présentent çà et là. C'est donc là une véritable hypertrophie glandulaire par multiplication de culs-de-sac, et non un de ces épithéliomas où la cellule épithéliale existe pour ainsi dire seule au préjudice de la membrane des culs-de-sac.

10. M. Duchaussoy fait voir une ancienne *fracture consolidée des deux os de la jambe*.

Cette fracture siège au tiers inférieur, un peu plus bas sur le tibia que sur le péroné. Le cal est très solide, compacte, lisse à sa surface; il réunit à la fois les fragments de chaque os et le péroné avec le tibia. Le fragment supérieur du tibia fait en avant une légère saillie mousse de 7 à 8 millimètres environ.

11. M. Bailly fait voir à la Société une *fracture directe de la voûte du crâne*.

Une enfant de quinze ans reçut, le 22 juin, à trois heures du matin, une tuile détachée d'un toit. Elle perdit connaissance et fut apportée en cet état à l'Hôtel-Dieu. Vers cinq heures, elle commença à revenir à elle; à huit heures, l'intelligence était nette. Il n'était aucune paralysie, nulle lésion des fonctions; la vision sans trouble, peut-être un peu faible du côté gauche; mais cette faiblesse ou cette gêne de la vue pouvait être mise sur le compte d'une petite plaie du sourcil correspondant. Cette plaie résultait de la chute sur le sol au moment de l'accident.

A la partie la plus élevée de la région occipitale, et un peu à gauche, existait une plaie profonde, large de 3 centimètres et ayant donné issue à une petite quantité de matière cérébrale. Au fond de cette plaie on sentait un petit fragment d'os enfoncé et un peu mobile. On pratiqua une saignée et un purgatif fut administré.

Le soir même, il y avait une céphalalgie assez vive. — Le 23, état un peu meilleur; l'incision est prolongée de 2 centimètres, et à l'aide de la spatule on extrait un très petit fragment nobile de 1 centimètre de long sur 6 à 7 millimètres de large. — Le 24 au

matin, pas de changement. Dans la journée, douleur de tête, agitation, délire calme. Le soir, douleur vague, inquiétude, besoin de mouvement. On fait une nouvelle saignée de 300 grammes.— Le 25, à ces symptômes se substitue un état comateux précurseur de la mort, qui arrive vers le milieu du jour.

À l'autopsie, on trouve une déchirure de la dure-mère correspondant au point de la fracture ; dans le même point, la substance cérébrale était broyée très superficiellement. Les réservoirs sous-arachnoïdiens ne contenaient pas de liquide. L'arachnoïde était plus sèche que de coutume. À part ces lésions très légères, on ne trouvait rien dans toute l'étendue de la cavité cérébrale, ni contusion, ni ecchymoses, ni congestion.

Juste au-dessus du côté gauche de la suture lambdoïde, et près de son sommet, on trouve une fracture constituée par deux petits fragments enfoncés vers le cerveau et fixés par leurs dentelures dans leur nouvelle position. Entre ces deux fragments existe un petit orifice correspondant au fragment enlevé par la spatule. L'enfoncement ne détermine guère à la face interne du crâne qu'une saillie de 3 à 4 millimètres.

Cette même enfant avait eu ses règles deux jours avant l'accident ; elles avaient duré vingt-quatre heures.

L'ovaire gauche présente sur sa face convexe une saillie limitée par une membrane mince et très vasculaire. On ne peut apercevoir aucune perforation à la surface de cette membrane.

M. Foucher dissèque cet ovaire et rend ainsi compte de son examen : on trouve extérieurement une membrane celluleuse très vascularisée, et renfermant à son intérieur une autre membrane plissée sur elle-même, d'une couleur jaunâtre. Au centre de cette seconde membrane existent deux petits caillots du volume d'une tête d'épingle. Pour M. Foucher, nous avons affaire à un corps jaune de la menstruation.

L'utérus contenait encore quelques traces de sang ; sa muqueuse paraissait un peu plus villeuse qu'à l'état normal, et était teinte d'une coloration sanguine.

13. M. Dumont-Pallier fait voir un *fœtus anencéphale*.

Ce fœtus a vécu vingt-quatre heures. Le corps est volumineux.

A la place du front et de la voûte du crâne, on voyait une tumeur molle, rougeâtre, présentant deux lobes latéraux et un petit lobe antérieur. Quand on pressait sur le lobe gauche de cette tumeur, on déterminait une agitation convulsive de l'enfant. La tumeur se continue directement avec la moelle, qui est saine, mais dont les membranes sont congestionnées.

Il n'existe pas de voûte du crâne; on ne trouve que les parties les plus inférieures des os qui la constituent. Ceux-ci forment une sorte de couronne aplatie sur la base du crâne. On peut apercevoir plusieurs des nerfs crâniens qui pénètrent dans les trous de la base.

La tumeur ne contient pas trace de substance cérébrale; elle est constituée par une trame spongieuse érectile. Pendant la vie, elle n'était suivie d'aucun mouvement d'expansion.

M. Depaul. On a plusieurs fois déjà remarqué cette douleur particulière provoquée par la pression de la tumeur chez les anencéphales. Je l'ai déjà observée pour ma part. Ce signe pourrait servir à diagnostiquer la monstruosité pendant l'accouchement. Une tumeur molle dont la pression déterminerait des mouvements convulsifs du fœtus, et placée au voisinage du nez ou de la bouche, pourrait mettre l'accoucheur sur la voie du diagnostic.

13. M. Lala montre une luxation en arrière de la phalange unguéale du pouce.

Le déplacement est complet; il est consécutif à une chute sur l'extrémité du doigt. Il y avait une plaie de la peau et de l'articulation à travers laquelle se montrait l'extrémité articulaire de la seconde phalange. La luxation fut réduite sans grandes difficultés, et la malade retourna chez elle.

Quatre jours après, un phlegmon de l'avant-bras du côté de la luxation la fit entrer à l'hôpital. Bientôt se montrèrent des traces de phlébite sur le bras du côté opposé. La malade succomba à ces divers accidents.

La capsule articulaire est complètement déchirée en avant, les ligaments latéraux sont conservés, le tendon extenseur est tendu sur la première phalange reportée en arrière; le fléchisseur est dévié en dehors; la première phalange a subi un léger mouve-

ment de rotation en vertu duquel sa face antérieure regarde en dehors.

Chez la même femme, on trouvait des kystes des trompes et des ovaires ; l'un d'eux, gros comme une noix, était rempli d'un liquide visqueux et brunâtre. L'utérus était parsemé de corps fibreux peu volumineux, les uns interstitiels, les autres sous-péritonéaux.

14. M. Lala montre une luxation ischiatique complète du fémur.

Le 27 juin, nous avons reçu à l'hôpital Saint-Louis un homme de quarante-six ans, maçon de profession. Cet homme est tombé d'un troisième étage. Il est à regretter que nous n'ayons pas d'autres renseignements.

A son entrée à l'hôpital, deux ou trois heures après la chute, le malade était déjà dans le délire. Une potion avec 40 gouttes de laudanum a été prescrite. Le soir, vers les cinq heures, le malade était un peu plus calme.

Outre son affection de la cuisse, le malade présentait une plaie contuse dans la région sourcilière gauche, et une plaie contuse des bourses.

Le malade reposait sur le côté gauche, la jambe gauche fléchie presque à angle droit. La cuisse droite était placée de telle sorte que le genou se trouvait à quelques centimètres du jarret gauche. La rotule regardait presque directement ce jarret. Le corps était fléchi en avant.

L'épine lombaire et le sacrum faisaient un angle saillant en arrière.

Le sommet du grand trochanter était éloigné de la crête iliaque, en suivant la perpendiculaire, de 14 centimètres; de l'épine iliaque postérieure de 10 centimètres $\frac{1}{2}$; de l'épine iliaque antérieure de 8 centimètres.

Le trochanter était placé 4 centimètres en avant d'une ligne qui de la crête iliaque passerait par la tubérosité sciatique.

La tête était directement en arrière du grand trochanter. Si l'on rapprochait les deux membres, bien que le gauche fût encore dans une grande abduction, le pied droit venait appuyer sur la face dorsale du pied gauche.

En imprimant quelques mouvements à la cuisse, on sentait la tête fémorale rouler sous la main. On s'assurait ainsi qu'elle était placée derrière la branche verticale de la tubérosité sciatique.

Il n'y avait aucun signe de contusion sur la cuisse. Les fonctions du membre étaient impossibles.

La luxation a été réduite presque sans efforts par M. Malgaigne.

Le délire n'en a pas moins persisté ; l'agitation est devenue plus grande.

Le 25 juin, il y avait de la prostration.

Le facies était devenu jaunâtre et presque cadavéreux. Le même jour, nous avons constaté une large ecchymose sur la face externe de la cuisse, avec du gonflement, de la crépitation, en un mot tous les signes d'un emphysème local. Le malade a succombé dans la soirée.

L'autopsie a eu lieu vingt-six heures après la mort. L'emphysème était devenu général ; la putréfaction était très avancée.

Rien du côté du cerveau, des organes thoraciques et abdominaux qui pût expliquer la mort. Les muscles sur la face externe de la cuisse étaient réduits en bouillie semi-fluide, ce qui avait favorisé, probablement, la formation des gaz.

Dans le voisinage de l'articulation, les interstices des muscles étaient remplis de sang épanché, coagulé.

Les muscles pyramidal, obturateur interne, jumeaux, étaient tiraillés, contus, et formaient une sorte de cavité où était logée la tête fémorale quand on reproduisait la luxation.

Placée derrière la tubérosité sciatique, la tête fémorale arc-boutait contre cette tubérosité. En pratiquant l'extension suivant la nouvelle direction du fémur, la luxation ne pouvait pas se réduire. Il fallait préalablement dégager la tête par une série de mouvements bien combinés, c'est-à-dire porter légèrement la cuisse en dehors et en avant et lui faire décrire un mouvement de rotation en arrière et en dedans. La capsule était ouverte en bas sur un tiers de sa circonférence. Elle ne s'était pas rompue, mais elle avait été arrachée dans ses insertions sur le bord inférieur du fémur. La capsule, ouverte en travers, ne pouvait dans aucun cas former boutonnière. La tête fémorale, sortie de sa capsule par en bas, s'était portée en arrière et en haut, et se trouvait placée derrière sa capsule. Le ligament avait été aussi arraché dans son

insertion fémorale. Voici les rapports précis de la tête du fémur :

De la dépression du ligament rond, au sommet de la tubérosité sciatique, 5 centimètres ;

De la même dépression à l'épine iliaque postéro-supérieure, 40 centimètres ;

Du même point à l'épine iliaque antéro-supérieure, 44 centimètres ;

De la dépression à l'épine sciatique, 3 centimètres ;

De la dépression à l'éminence pubienne, 47 centimètres par en haut, 44 centimètres par en bas ;

De la crête iliaque à la dépression, 46 centimètres ;

De la dépression au sommet de l'échancrure sciatique, 7 centimètres.

Un ruban tendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à la tubérosité sciatique passe au niveau de la base du grand trochanter.

La tête fémorale correspond à la base de l'épine sciatique, le col du fémur coupe perpendiculairement la branche verticale de l'ischion, le grand trochanter répond à la cavité cotyloïde par son bord antérieur. La luxation semble s'être faite à travers l'échancrure, limitée en bas par la tubérosité sciatique, en haut par le rebord arrondi et postérieur de la cavité cotyloïde. Constatons enfin que les ligaments rond et capsulaire ont été arrachés dans leur insertion fémorale, mais qu'ils n'ont pu être rompus dans leur continuité.

15. M. Gaujot. J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Larrey, un énorme *kyste osseux, multiloculaire, développé aux dépens de la moitié inférieure du radius gauche* ; exemple extrêmement rare de ce genre d'altération dans cet os.

Cette pièce provient d'un homme âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, professeur de piano, à qui M. Larrey a dû pratiquer l'amputation de l'avant-bras.

Voici en deux mots les antécédents :

Il y a dix ans, à la suite d'effort musculaire, douleur sur la face dorsale du poignet, suivie en cet endroit de l'apparition d'une petite tumeur d'abord prise pour une tumeur synoviale, et plus tard ayant présenté les caractères d'une exostose,

Accroissement lent, plus rapide dans ces deux dernières années ;

se faisant non dans la totalité, mais par des bosselures se surajoutant les unes aux autres, et provoquant dans ces moments des douleurs passagères.

Cette tumeur présente les caractères suivants : Son volume, plus considérable que celui de la tête d'un fœtus à terme, a 47 centimètres de circonférence dans son plus grand diamètre. Elle enveloppe à la manière d'un manchon toute la moitié inférieure de l'avant-bras et la face dorsale du poignet, excepté en dedans, où le cubitus seul est libre, proéminant surtout à la région externe et postérieure, offrant des bosselures superposées les unes aux autres. Sa consistance générale est dure à différents degrés, formant une sorte de coque osseuse imparfaite, donnant la sensation de crépitation sans déplacement des matières solides ou liquides. Quelques bosselures sont molles, dépressibles. Elle n'est nullement mobile à sa base. Aucune gêne dans la circulation, ni dans les mouvements du carpe, de la main et des doigts, qui ont conservé toute leur force et leur agilité, au point que cet homme a pu continuer, jusqu'au jour de l'opération, à jouer du piano, n'étant absolument gêné que par le poids et le volume de la tumeur.

L'absence d'œdème, indiquant l'absence de toute gêne dans la circulation, la conservation parfaite de la sensibilité et des mouvements de la main, parurent à M. Larrey des raisons suffisantes, malgré l'immobilité de la base, dont les connexions intimes étaient indéterminées, pour tenter l'extirpation, avant d'en venir immédiatement à l'amputation. Aussi, tout étant préparé pour l'amputation, et le malade étant prévenu, M. Larrey commença par couper avec un fort bistouri, une incision elliptique étant faite d'abord à la peau, la partie la plus saillante de la tumeur. Il ne s'écoula pas de sang de l'intérieur de la coque osseuse, mais un liquide séreux roussâtre. Immédiatement le siège et la nature de l'affection furent reconnus, et l'amputation de l'avant-bras pratiquée.

Cette tumeur n'est pas moins curieuse à étudier dans ses rapports que dans sa nature. La dissection fait voir :

1° L'aponévrose, s'étant laissée distendre et formant une gaine complète à l'avant-bras et à la tumeur ;

2° Les muscles et les tendons, offrant des dispositions extrêmement curieuses.

Tous les muscles de la région antérieure de l'avant-bras sont étalés sur la tumeur, en conservant leur forme et leurs rapports, et s'insérant sur elle au lieu de s'insérer sur le radius ; tel, par exemple, le carré pronateur, dont les fibres charnues s'insèrent directement sur la face antérieure de la tumeur, en s'étalant sous la forme d'un éventail.

Le long supinateur est confondu, à la partie inférieure, avec le tissu fibreux qui recouvre la tumeur.

Tous les muscles des régions externe et postérieure de l'avant-bras la traversent dans une épaisseur plus ou moins grande ; leurs tendons sont contenus dans des canaux osseux percés dans l'épaisseur de la tumeur, et revêtus à leur intérieur d'une membrane synoviale : ainsi le long abducteur, le court extenseur et le long extenseur du pouce passent à peu près dans son milieu à travers un canal commun, et en sortent au-dessous du carpe. Les deux radiaux offrent la même disposition dans un conduit qui leur est propre. L'extenseur commun et l'extenseur propre du petit doigt, refoulés un peu en dedans, traversent chacun dans leur gaine seulement la portion inférieure de la tumeur, celle qui forme une sorte de voûte au-dessus du carpe. Il semble donc qu'à la partie externe et postérieure, la production morbide s'est développée par-dessus les tendons restés en place.

Le nerf médian, le nerf cubital et l'artère cubitale ont conservé leurs rapports normaux. L'artère radiale est rejetée sur la face externe de la tumeur, sur laquelle elle rampe immédiatement sous l'aponévrose, tout en conservant ses rapports avec ses muscles satellites. L'artère interosseuse, très volumineuse, traverse le ligament et passe en arrière aussitôt qu'elle rencontre la tumeur.

L'espace interosseux n'existe plus dans la moitié inférieure de l'avant-bras, la tumeur venant au contact du cubitus, qui même est repoussé en dedans, de façon à faire saillir son apophyse styloïde.

Quant à la tumeur, elle est constituée par une coque osseuse très mince, fragile, inégale et bosselée, recouverte partout d'un tissu fibreux dense, véritable périoste qui lui-même est revêtu d'une couche de graisse assez épaisse. Dans les quelques points ramollis, la coque osseuse n'existe plus ; il ne reste que l'enveloppe fibreuse.

La tumeur est formée par l'extrémité inférieure du radius, depuis sa surface articulaire jusqu'à une hauteur de 42 centimètres. Il semble que l'os a subi une sorte d'expansion, comme s'il avait été soufflé. Elle est à peu près globuleuse, ayant 35 centimètres dans sa plus grande circonférence ; cependant elle a pris un développement plus grand en arrière et en bas, de sorte qu'elle forme au-dessus du poignet une sorte de voûte qui recouvre tout le carpe, et au-dessous de laquelle passent les tendons extenseurs et radiaux.

L'extrémité inférieure articulaire, quoique beaucoup plus étendue, a conservé ses rapports avec le carpe, et l'articulation radio-carpienne est restée intacte.

Dans son intérieur, elle présente une multitude d'anfractuosités de grandeur variable (les plus grandes pouvant loger une noisette), de forme irrégulière, communiquant la plupart les unes avec les autres, contenant de la sérosité roussâtre, dont les parois sont continuées par une trame fibreuse contenant dans son épaisseur des éléments osseux, et dans quelques points des amas de substance cartilagineuse. Au centre, comme si la tumeur avait subi une sorte de ramollissement, il s'est formé une excavation assez grande renfermant une sorte de détritüs rougeâtre. La surface de ces petites loges présente un aspect lisse, absolument semblable à une membrane séreuse, dont on peut détacher quelques fragments dans plusieurs points. Quelques-unes de ces cellules renferment des noyaux de substance cartilagineuse, d'autres de petits amas d'une substance blanchâtre assez molle, ressemblant à de la matière encéphaloïde qui commence à se ramollir. Mais il faut se hâter de dire que M. Robin, qui a eu la bonté d'examiner cette tumeur, n'y a trouvé aucun élément cancéreux.

16. M. Lallemant fait voir une *hernie obturatrice* trouvée chez une femme qui succomba après avoir présenté les symptômes qui suivent :

Le 22 mars 1856, est entrée à la salle Sainte-Anne la nommée Hasse, âgée de cinquante-trois ans. La gravité de son état l'empêche de donner des renseignements bien complets. Nous apprenons seulement qu'elle a été prise subitement, il y a six jours, de coliques violentes et s'est mise au lit. Depuis lors, elle a eu quelques vomissements et n'a pas eu de selles.

Etat actuel. — Face prostrée, faiblesse générale, voix plaintive, pouls petit et fréquent, un peu de chaleur à la peau; soif vive, langue sèche et rouge, anorexie complète, constipation opiniâtre. Le ventre, un peu ballonné, présente des bosselures dues aux circonvolutions de l'intestin qu'on sent se déplacer sous les doigts. Il est douloureux à la pression, sans offrir en aucun point une sensibilité plus vive. L'exploration attentive des régions inguinales et de la paroi abdominale, le toucher rectal et vaginal, ne révèlent la présence d'aucune hernie.

Cependant, il est évident qu'il y a un arrêt dans le cours des matières contenues dans l'intestin. Nous diagnostiquons un étranglement interne.

Pendant les six jours que la malade est restée dans les salles, on lui administra en vain eau de Sedlitz, huile de ricin, aloès, lavement de tabac, frictions d'huile de croton, pilules de la même huile. Les purgatifs ne provoquent que quelques selles peu copieuses (trois) et déterminent des vomissements stercoraux. La fièvre est tombée au bout de trois jours, la prostration devient extrême, le pouls est misérable, la circulation difficile; il y a tendance au refroidissement. Le ventre reste à peu près dans le même état, seulement il est un peu ballonné. (Remarquons ici qu'une friction d'huile de croton, faite dans ces circonstances, n'a produit aucune éruption.)

M. Duchaussoy. Le sujet qui a fourni cette hernie n'a pas été vu par M. Lallemand; nous n'avons donc que des renseignements incomplets, ce qui est assurément regrettable. La pièce cependant est encore très digne d'intérêt; je l'ai disséquée avec soin et c'est le résultat de cette dissection que je crois surtout utile de vous exposer.

M. Lallemand nous a présenté cette hernie comme une entéro-cèle; cela est exact, mais c'est une entérocèle bien différente de ce qu'on a cru. La hernie n'est pas constituée par une anse d'intestin grêle, ainsi qu'on l'a exposé; elle est formée par un *divericulum* long de 3 centimètres seulement et engagé de toute sa longueur dans le trou sous-pubien. L'intestin proprement dit affleure le trou, mais ne s'y engage pas. Bien plus, sa cavité est parfaitement libre, de sorte qu'on ne peut pas dire qu'il y ait eu obstacle mécanique au cours des matières alimentaires; l'explication de

M. Lallemand sur la cause de la mort perd toute valeur par ce seul fait.

Ce petit diverticulum forme une hernie du volume d'un marron, avec cette particularité importante que le sac est adhérent à la hernie dans toute son étendue jusqu'au collet inclusivement. Ces adhérences sont solides, elles paraissent anciennes, et l'union du sac avec l'intestin est si intime que la confusion qu'on en a faite s'explique très naturellement.

En outre, le sac est lui-même adhérent à tout le pourtour du canal ostéo-fibreux dans lequel la hernie est engagée, et, bien que cette adhérence paraît peut-être un peu moins ancienne que la précédente, je dois avouer que, malgré mon désir d'arriver à la détermination de l'agent constricteur, il m'a été impossible de me prononcer comme M. Lallemand pour l'étranglement par le cercle ostéo-fibreux, sans être suffisamment autorisé d'une autre part à l'attribuer au collet du sac.

Rappelez-vous maintenant ce que M. Lallemand nous a appris sur les résultats de l'autopsie, et vous aurez tout ce que nous pouvons savoir sur l'anatomie pathologique de cette tumeur. La hernie, nous a-t-on dit, était à gauche; elle était formée par une portion de l'intestin grêle répondant à la fin de son tiers supérieur; la portion d'intestin située au-dessus de la hernie était distendue par des gaz; le reste du tube intestinal était au contraire affaissé, sauf le colon transverse. La hernie était remplie de matières d'apparence chymeuse; elle n'était pas gangrenée, mais simplement congestionnée, noirâtre; il n'y avait pas de traces de péritonite.

Disons-le en passant, si la hernie eût été reconnue sur le vivant et qu'un opérateur hardi eût entrepris de lever l'étranglement, toutes les circonstances que je viens de relater, jointes à des couches celluluses qui doubleraient le sac, l'eussent inévitablement jeté dans un grand embarras. Si cet opérateur eût suivi le conseil de Dupuytren et de Cooper en débridant en dedans, il n'eût eu rien à redouter de la lésion des vaisseaux; ils étaient, en effet, placés bien exactement au côté externe de la hernie, ainsi que le nerf obturateur.

Dans la thèse de M. Vinson, on trouve les vaisseaux placés six fois en dehors, six fois en dedans et trois fois en arrière, mais ses trois observations n'ont pas toute la précision désirable. Dans une

observation qui a été communiquée en 1854 par M. Chassaignac, à la Société de chirurgie, et dans laquelle on voit deux hernies crurales et une hernie obturatrice sur la même femme, il est dit que les vaisseaux étaient, comme dans notre cas, situés en dehors de la hernie; ce fut une des hernies crurales qui amena la mort avec des symptômes cholériformes.

La hernie, d'après M. Lallemand, était contenue dans une espèce de cavité formée en avant par le premier adducteur et en arrière par le petit adducteur. Cela n'est sans doute pas impossible, mais comme la note n'a pas été rédigée en présence du cadavre, il est permis de croire qu'il y a là une légère erreur. Dans les observations que la science a enregistrées, on voit toujours la hernie située entre le muscle obturateur externe et le pectiné ou le court adducteur; il est même difficile de concevoir que le sac n'ait pas quelque rapport avec l'obturateur, et si l'on réfléchit, en outre, au peu de longueur du diverticulum hernié, on demeurera convaincu que les rapports indiqués dans la note sont inexacts ou tout au moins incomplets.

17. M. Millard présente une *péricardite hémorrhagique*; *fausse membrane très épaisse*. Le malade était un teneur de livres, âgé de quarante-huit ans, entré le 29 mars à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Legroux.

De bonne santé habituelle, cet homme avait été pris, sans cause connue, quinze jours auparavant, d'une toux quinteuse très fatigante, et d'une oppression qui faisait de rapides progrès et avait abouti à une orthopnée presque continuelle. Il n'avait eu avec cela ni *fièvre*, ni *douleur vive* d'aucune espèce; l'appétit était conservé. Le soir de son entrée il était dans l'état grave suivant: orthopnée; visage blanc-bleuâtre, plombé; lèvres et mains violacées et froides; pouls radial complètement supprimé à droite, excessivement faible, irrégulier et impossible à compter du côté gauche. — Voussure légère à la région précordiale; ni l'œil ni la main ne distinguent les battements du cœur. Matité assez étendue de la région, surtout dans le sens vertical. A l'auscultation, battements très sourds, profonds, difficiles à entendre, assez irréguliers, mais sans bruit anormal.

Respiration facile en *apparence* ; sonorité parfaite des deux côtés de la poitrine, murmure vésiculaire partout régulier, sans râles. Enfin, malgré cette cyanose et cette gêne extrême de la circulation, le malade ne manifestait aucune anxiété, n'accusait aucune douleur, se plaignait seulement de son oppression, et ne paraissait pas avoir conscience de la gravité de sa position.

On prescrit : infusion de mélisse et de lierre terrestre ; vésicatoire sur la région du cœur ; *idem* aux deux mollets ; potion avec extrait de quinquina et acétate d'ammoniaque (ââ 4 grammes) ; sinapismes, etc.

Dans la nuit du 30 au 31 mars, survint un changement très notable ; la cyanose du visage disparut ; les pommettes même se colorèrent un peu ; le pouls reparut à droite et ne battait que 96 fois par minute ; la matité de la région du cœur persistait ainsi que le caractère sourd et profond des bruits.

Le 13 avril on entendit, pour la première fois, un bruit de *frottement péricardique* très manifeste, plus sec et plus rude à la base, plus doux et plus léger à la pointe ; la voussure et la matité avaient sensiblement diminué ; le pouls était régulier et à 84 seulement. Il y avait peu de toux ; l'appétit était développé.

Le frottement péricardique alla en s'affaiblissant jusqu'au 10 avril, où il disparut tout à fait ; la convalescence parut s'établir, mais difficilement. Malgré les ferrugineux et les toniques, la pâleur du visage et la faiblesse générale persistaient ; l'oppression, après avoir un peu diminué, augmenta de nouveau ; la toux devint plus fréquente ; le pouls restait petit, oscillant entre 80 et 96 ; les battements du cœur demeuraient très faibles et très obscurs.

Le 28 avril, pour la première fois, on a constaté un œdème léger au-dessus des malléoles ; les urines, examinées de nouveau, ne renferment pas d'albumine.

Le 29 avril, le malade accuse une gêne de plus en plus grande de la respiration et se tient presque constamment assis ; la percussion fait reconnaître en arrière une certaine matité à la base des deux poumons, plus étendue à droite qu'à gauche.

Cette matité fit des progrès rapides, surtout du côté droit, elle dénotait un *hydrothorax double*. Cependant, chose remarquable, la respiration continue, jusqu'au dernier jour, à s'entendre par-

tout des deux côtés, quoique affaiblie. Du côté gauche, seulement, il y eut un peu d'égophonie.

L'œdème gagne le dos des mains et des avant-bras ; la face devient de plus en plus pâle et bouffie ; la faiblesse du pouls et des battements du cœur prouvait la gêne extrême et croissante de la circulation ; le malade s'éteignit ainsi le 7 mai.

Le matin même de sa mort, malgré une matité presque générale à droite en arrière, et à gauche occupant la moitié de la hauteur, on avait pu entendre le bruit respiratoire transmis à travers le liquide.

Autopsie. — 1° Dans la plèvre droite, épanchement très considérable de sérosité transparente, sans fausses membranes : plèvres, médiastine et diaphragmatique, blanchâtres, épaissies et semées d'une grande quantité de petites granulations arrondies, un peu rougeâtres et qui paraissent être des dépôts albumino-fibrineux. Pas d'adhérences du poumon droit, sauf à la base, au moyen de quelques-unes de ces granulations. Il est refoulé dans la gouttière vertébrale et très affaissé surtout dans sa moitié inférieure. Les lobes moyen et inférieur sont condensés et ne surnagent pas. Le lobe supérieur, encore souple et crépitant, paraît être seul perméable à l'air. Les divisions bronchiques sont très larges et indurées.

2° A gauche, épanchement beaucoup moindre ; le poumon gauche n'est affaissé que dans son tiers inférieur ; à sa face interne et immédiatement au-dessus de sa racine, on remarque un noyau sphéroïdal, du volume d'une noix tranchant nettement sur le tissu voisin, rempli d'une matière brune, mêlée de jaune, et qui ressemble soit à un gros tubercule en voie de ramollissement, soit à un abcès pulmonaire en voie de formation.

3° La bifurcation de la trachée, les bronches, les vaisseaux pulmonaires, la crosse aortique et la veine cave supérieure sont réunies et englobés dans un tissu dur et blanchâtre, dont il est difficile de les isoler, et au milieu duquel on retrouve les ganglions bronchiques ; plusieurs offrent un aspect jaunâtre, comparable à du tubercule cru.

4° Le cœur présente les lésions les plus intéressantes.

Enveloppé de son péricarde, il a un volume vraiment énorme. La cavité de ce sac fibro-séreux est complètement détruite et rem-

plie par une fausse membrane d'une épaisseur extraordinaire. Son feuillet pariétal est uni à cette fausse membrane par des adhérences molles que le doigt suffit à détacher partout. Ainsi isolé, il présente un épaississement très marqué de ses parois. Sa face externe est doublée d'un tissu cellulo-fibreux de nouvelle formation ; sa face interne, d'une couleur rouge vineux, est partout inégale et rugueuse ; elle est couverte d'une infinité de petites granulations arrondies résistantes au doigt, rougeâtres et comparables à celles qui existaient dans la plèvre droite. Leur aspect rappelle les tubercules des séreuses ou mieux le muguet confluent. La face interne du péricarde présente encore en haut, à droite de l'*infundibulum*, un foyer, gros comme une noisette, rempli d'un pus jaunâtre, très concret.

Le péricarde enlevé, le cœur se présente complètement coiffé d'une fausse membrane qui a la forme d'un cône et dont l'épaisseur va en diminuant progressivement de la base jusqu'à la pointe. À la base et en avant, cette épaisseur n'est pas moindre de 8 à 9 millimètres.

La fausse membrane est composée d'un tissu rougeâtre, mollassé, élastique, se déchirant facilement par des tractions, se séparant en couches irrégulières, et tout à fait comparable à de la fibrine coagulée. Sa face externe est inégale, alvéolaire pour répondre aux granulations de la face interne du péricarde auxquelles elle était adhérente. Sa face profonde peut être très facilement détachée de la surface du cœur, sur laquelle elle laisse beaucoup de débris. Dans l'intérieur du cœur lui-même, on ne trouve rien de particulier. Les cavités gauches sont remplies de sang noir coagulé ; les cavités droites sont vides. Aucune lésion des orifices ; quelques taches blanchâtres, laiteuses à la base de la valvule mitrale.

5° Enfin, le foie présentait un commencement manifesté d'*induration cirrhotique* tout le long de son bord antérieur qui était résistant et chagriné ; la rate était petite, mais remarquablement ferme ; les reins étaient très congestionnés, très durs et ne se laissent pas pénétrer par le doigt.

Les particularités les plus saillantes de cette observation sont : 1° le fait rare d'une péricardite *primitive* ; 2° l'absence de douleur localisée et d'anxiété apparente ; 3° l'abondance de l'épanchement qui comprimait les mouvements du cœur et produisait l'état grave

du malade à son entrée ; 4° la transmission des bruits respiratoires à travers le liquide de l'hydrothorax ; 5° l'épaisseur rare et le caractère hémorrhagique de la fausse membrane.

18. M. Topinard fait voir une altération de la totalité du foie et communiqué les renseignements qui suivent.

Le nommé Barbox (Jean-François), âgé de quarante deux ans, charretier, entré le 30 mai 1856 à l'hôpital Saint Louis, d'une bonne constitution en apparence, accuse une douleur assez vague vers l'hypochondre droit. Ses téguments sont un peu colorés en brun verdâtre. La palpation et la percussion font reconnaître une hypertrophie du foie et soupçonner un cancer de cet organe. Au début insidieux succède une marche rapide. Quelques vomissements, un amaigrissement croissant, un ictère fort intense apparaissent. Le pouls est plein, peu fréquent. Puis se montrent des phénomènes de compression : dyspnée, tympanite, ascite, et le malade succombe le 26 juin 1856, un mois à peine après son entrée.

Autopsie. — Rien de particulier dans les ganglions mésentériques, les reins. La rate est doublée de volume. Hydropisie générale du péritoine. La face convexe du foie est adhérente au diaphragme. La totalité de cette glande est le siège d'une altération rare qui va nous arrêter longuement.

Le volume total du foie est d'un tiers environ en plus de l'état normal. Son poids est de 2 kilogrammes 700 grammes (poids ordinaire, 2 à 2 1/2 kilog.). Sa surface externe, recouverte par le péritoine et la capsule fibreuse, est inégale, mamelonnée, comme lobulée, et rappelle, en certains points, le chou-fleur. Des bosselures nombreuses, irrégulièrement arrondies, y sont groupées sans ordre déterminé. Leur coloration blanche jaunâtre, leur consistance molle, leur grosseur sont fort variables. Les plus fermes laissent voir, à travers leur enveloppe, une disposition aréolaire, sublobulée, qui rappelle la surface du poumon revêtue de la plèvre. Les plus ramollies, coniques, presque fluctuantes, ressemblent à des abcès.

La vésicule biliaire a un volume double de l'état ordinaire. Elle contient une immense quantité de bile épaisse, de coloration vert-

bouteille foncée. Sa face adhérente est semée de fongosités ou de mamelons mous colorés en vert, analogues aux saillies décrites. Le conduit cystique semble obstrué par la compression qu'exerce sur les valvules la vésicule distendue.

Les diverses coupes du tissu hépatique sont fermes, moins denses que normalement et montrent : 1° les orifices larges et béants des veines sus-hépatiques entièrement vides ; 2° les artérioles contenues dans la capsule de Glisson, perméables et sans caillot ; 3° de nombreuses sections des ramifications de la veine porte, peu apparentes par suite d'une matière pulpeuse qui les remplit et sera décrite plus loin ; 4° une trame fibro-celluleuse, aréolaire, à cloisons plus ou moins larges, d'aspect mat, tendineux, interceptant des espaces polygonaux ou arrondis, du volume d'un grain de millet à un grain de chènevis ou un peu plus ; 5° dans ces cellules, des masses arrondies, quelquefois irrégulières, rappelant la matière colorante jaune de la bile mélangée de mucus, telle qu'on la rencontre parfois dans la vésicule. Ces masses, d'aspect butyreux, sont tantôt molles et friables, tantôt résistantes par la présence, à leur intérieur, de cloisonnements cellulaires. L'une d'elles, que j'ai énucléée avec une sonde cannelée, était contenue dans une cavité arrondie, à parois lisses et membraneuses, munies de lacunes capillaires communiquant à d'autres loges voisines. Les mêmes coupes, soumises à une pression légère, donnent issue, çà et là, à une substance pulpeuse qui revêt la disposition de la matière sébacée exprimée des follicules cutanés, à l'aide des mains ou des doigts. Cette substance semi-fluide, grumeleuse, jaune, mêlée de stries rouges, présente une analogie incontestable avec les masses contenues dans les aréoles cellulaires, mais à un degré de ramollissement plus avancé. Le plus souvent elle provient directement d'une division de la veine porte, d'autres fois elle suinte de points difficiles à apprécier et qui m'ont paru être les loges cellulaires elles-mêmes. En effet, une mince lamelle de tissu hépatique pressurée en tous sens, sous un fort filet d'eau, s'est réduite à une trame cellulaire à mailles polygonales, de diverses grandeurs, réunies et superposées assez irrégulièrement. Toutes les portions jaunes quel que fût leur siège, avaient été liquéfiées et entraînées. En somme, le foie n'offre nulle trace de substance rouge ou de granulations jaunes normales, à moins que les masses énuclées ou expri-

mées ne soient prises pour ces dernières. Alors pourquoi l'extrême analogie entre l'état de ces granulations et le contenu de la veine porte ?

Les ramifications du conduit hépatique poursuivies minutieusement, mais à l'œil nu, sont partout saines. Le volume et l'aspect des parois sont normaux. Elles contiennent un peu de liquide muqueux, vert jaunâtre, autrement dit de la bile. — Toutes les divisions de la veine porte, à de rares exceptions près, sont remplies de la matière déjà décrite, à divers degrés de consistance et mélangée à de petits caillots noirs, récents, parallèles à la direction du courant. Les gros troncs, en particulier ceux de la scissure transverse, sont volumineux et un peu distendus par cette substance, qui là est ferme et séparable en faisceaux longitudinaux. La circulation, attestée par les caillots éloignés, devait être bien difficile en ce point. L'état incomplet dans lequel la pièce m'a été remise, ne permet pas de dire jusqu'où s'étendait ce dépôt vers l'extrémité gauche de la veine porte.

En résumé, quelle est la nature de cette lésion ? Quelques praticiens ont penché pour l'affection dite cancéreuse. Le simple examen à l'œil nu conduit à voir l'accumulation d'un produit anormal dans le système de la veine porte uniquement. Enfin la nature de la substance contenue dans les aréoles fait songer à la dégénérescence graisseuse. M. Charles Robin a bien voulu examiner une lamelle suspecte et nous a remis la note suivante : « La coloration singulière du tissu pulpeux jaune qui nous a été remis, est due uniquement à ce que toutes les cellules d'épithélium hépatique sont remplies de gouttes graisseuses. Or, cette graisse est remarquable par sa teinte d'un jaune orangé vif, avec reflets légèrement verdâtres. Les cellules épithéliales sont de moitié plus grandes qu'à l'état normal environ. Elles sont moins régulièrement polyédriques. La plupart ont perdu leur noyau, mais dans celles qui l'ont encore il a ses dimensions habituelles. Les gouttes graisseuses sont au nombre de 2 à 6 environ dans chaque cellule ; elles sont d'autant plus grosses qu'elles sont moins nombreuses, et elles se déforment un peu à leurs points de contact, par pression réciproque.

NOTE SUR UN SUJET ATTEINT D'UN VICE DE CONFORMATION
DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES, présenté à la Société par
M. DUFOUR.

Émilie Gautier habite la Villette. Elle est âgée de quatorze ans, et a été déclarée comme fille à l'état civil. Il y a trois mois seulement qu'on s'est aperçu de la conformation vicieuse de ses organes sexuels.

Taille, 1 mètre 43 centimètres, cheveux noirs, yeux bruns, sourcils noirs peu fournis; peau très brune, huileuse, couverte de nombreux boutons d'*acne rosacea*. Poitrine assez développée; largeur des épaules, 37 centimètres; taille, avec le corset peu serré, 64 centimètres de circonférence. De l'ombilic au sol, 81 centimètres; du sommet de la tête à l'ombilic, 62 centimètres. Circonférence du bassin au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, 81 centimètres; au niveau des grands trochanters, 84 centimètres. Les membres supérieurs et inférieurs sont courts, et rappellent assez bien ceux d'une fille de cette stature; mais ils sont comme noueux, et ont l'aspect de ceux qui ont été atteints de rachitisme dans le jeune âge et se sont redressés dans la suite. Cependant le sujet dit n'avoir pas eu cette maladie dans son enfance. Les mamelles sont très peu développées; les aréoles et les mamelons sont peu accusés en largeur, mais très foncés en couleur.

Timbre de la voix assez doux; traits durs, mais cependant ayant l'expression féminine dans le regard. Pas de poils sur la poitrine, poils très rares sur les jambes, plus abondants à la partie interne et antérieure des cuisses, poils du pénil disposés comme chez l'homme; le mont de Vénus n'est pas aussi marqué que chez la femme; les poils se continuent en diminuant jusqu'à l'ombilic. Le sujet étant debout, les jambes rapprochées, on aperçoit un rudiment de verge, avec un gland petit, sans prépuce. Cette verge a environ 5 centimètres à l'état de flaccidité. Les poils du pénil sont abondants; on ne voit pas de scrotum.

En examinant de plus près et écartant les cuisses, voici ce que l'on peut observer: Du dos de la verge rudimentaire partent deux replis de la peau simulant les grandes lèvres; ils se continuent jusqu'à l'anus, et se rejoignent à 65 millimètres de cet orifice, pour former le plancher périnéal, qui est un peu bombé et ne présente

pas un raphé médian marqué comme chez l'homme. A la limite antérieure de ce périnée, on voit la commissure de deux replis, cutanés sur leur face externe, muqueux sur leur face interne. Ces deux replis partent des parties latérales et inférieures de la verge, au milieu environ de l'étendue de celle-ci. Ces replis interceptent un espace qu'on peut considérer comme l'entrée de la vulve et de la vessie. La face inférieure de la verge n'est pas arrondie : elle est plane comme la face membraneuse de la trachée ; elle présente une muqueuse pâle, avec de nombreuses lacunes de Morgagni, qui dénotent bien qu'il s'agit là de la muqueuse du canal de l'urètre manquant de paroi inférieure dans toute sa portion pénienne. En introduisant la première phalange du doigt dans l'ouverture indiquée, on arrive bientôt à une bride résistante qui sépare cette vulve anormale en deux conduits, l'un étroit et supérieur, par lequel on peut introduire une sonde et retirer de l'urine : le doigt ne saurait y pénétrer, et, si on l'essaie, on cause des douleurs ; l'autre, plus large, inférieur, se dirigeant vers le rectum, admet assez facilement le doigt indicateur. Ici, loin de procurer des douleurs, ce sont des sensations voluptueuses que cause cet examen, et l'on voit bientôt la verge s'ériger. Celle-ci acquiert alors environ 7,5 à 8 centimètres de longueur. L'érection paraît complète, mais dure peu, au dire du sujet. La verge est alors un peu recourbée par le tiraillement des deux replis latéraux qui partent de la face inférieure. Il semble bien qu'il y ait deux corps caverneux se dirigeant vers les branches pubiennes. Au fond du dernier conduit, on sent un petit mamelon qui paraît perforé d'un orifice central. Est-ce un utérus ? Le toucher rectal ne m'a pas semblé trancher la question : il donne des renseignements très confus. Cependant on peut constater une disposition du rectum analogue à celle de la femme bien conformée. Le second conduit, dont nous venons de nous occuper, représenterait donc le vagin ordinaire. Jamais il n'y a eu apparence de règles ; seulement, depuis trois mois, apparaît un écoulement de mucosités glaireuses, blanchâtres, que le sujet appelle des fleurs blanches, et qui peuvent bien provenir des examens répétés dont elle a été l'objet depuis quelque temps, ou de toute autre cause ?

Nulle part, au toucher abdominal ou inguinal, on ne constate de testicule ; il n'y a jamais eu semblant d'émission de sperme. Les urines ne peuvent être conservées longtemps : ordinairement

elles doivent être rendues toutes les demi-heures, avec jet assez fort; parfois la miction est moins fréquente, et ne se répète que toutes les deux heures. Par le cathétérisme avec la sonde métallique, la vessie paraît très petite.

Gautier, interrogée à plusieurs reprises sur ce point délicat, m'a toujours affirmé que ses désirs étaient pour les hommes, et qu'eux seuls lui faisaient éprouver des sensations voluptueuses. Depuis deux ans, elle dit n'avoir pas grandi, et croit son développement physique achevé.

TUMEUR DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR DROIT. — Observation par M. TOPINARD.

Alexandrine Marchandies, âgée de vingt-cinq ans, est entrée le 42 avril 1856 dans le service de M. Denonvilliers, hôpital Saint-Louis.

Cette femme n'offre aucun antécédent scrofuleux ou syphilitique. Les parents sont vivants et bien portants. Elle est mère de six enfants et n'a cessé de jouir d'une excellente santé. Il y a quatre ans, en jouant avec quelques amies devant la Salpêtrière, elle fit une chute et se donna une entorse de l'articulation trapézo-métacarpienne gauche. La partie interne du genou droit porta en même temps sur le sol et devint le siège d'une douleur vive qui diminua dès le lendemain et cessa d'attirer son attention. Toutefois, quelques douleurs vagues et spontanées s'y manifestaient de loin en loin et s'accompagnaient de gêne des mouvements de l'articulation. Six mois après, elle dut prendre le lit une partie de la journée. Elle entra bientôt à la Pitié, chez M. Laugier, et en sortit deux mois après, améliorée et marchant sans grande souffrance. L'affection fit des progrès, une tumeur apparut et deux ans plus tard elle se présentait à l'hôpital Saint-Louis. M. Denonvilliers pratiqua, quinze mois après son entrée, une ponction exploratrice vers la partie la plus saillante, c'est-à-dire en dedans. Du sang noir seul s'écoula et amena un peu de soulagement pendant deux ou trois jours, mais les symptômes revinrent et la malade demanda elle-même son exeat. Les progrès continuèrent lentement et par intermittence. Marchandies pouvait vaquer à ses occupations et marcher avec des béquilles, pourvu que son pied ne touchât pas le sol. Enfin, elle

devint enceinte pour la septième fois; une nouvelle exacerbation apparut et le gonflement de son genou, ses douleurs incessantes, la forcèrent à revenir à Saint-Louis.

A mon entrée dans le service, le 44 mai, je constate l'existence d'une tumeur du volume environ d'une tête de fœtus à terme, qui me paraît se rattacher essentiellement au condyle interne du fémur droit. Le toucher fait reconnaître assez facilement la crête du tibia, la tête du péroné, l'interligne articulaire externe et la rotule. Cette dernière, mobile comme normalement, est un peu déviée de haut en bas et de dehors en dedans. Le condyle externe est légèrement augmenté de volume. La tuméfaction commence vers la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la cuisse, descend en augmentant, en avant, mais surtout en dedans, selon un plan incliné, et, arrivée à deux travers de doigt et demi, au dessous de l'interligne articulaire interne, se termine brusquement par une saillie ou bord arrondi qui tombe presque perpendiculairement sur la face interne du tibia. Sur les côtés, elle se perd insensiblement d'une part, vers la légère tuméfaction de la région condylienne externe, de l'autre sur le creux poplité, où elle semble passer en avant du demi-membraneux. — Les deux points les plus saillants sont situés en dedans : l'un, antérieur, est à cinq travers de doigt en dedans de la rotule; l'autre, postérieur, correspond à l'endroit ponctionné par M. Denonvilliers; ils sont séparés par une gouttière verticale. En ces points, les téguments sont lisses, amincis, violacés, parcourus par des dilatations vasculaires bleuâtres, lie de vin; la consistance y est molle, mais non fluctuante. En s'éloignant d'eux, ces caractères diminuent, les varicosités disparaissent, l'empâtement succède à la mollesse. La circonférence inférieure de la cuisse passant par les bosselures et le milieu de la rotule est de 52 centimètres, tandis que du côté sain elle est de 37 centimètres. La mensuration comparée des deux membres inférieurs montre un amaigrissement considérable de la cuisse droite au-dessus de la tumeur et de la jambe droite, la cuisse proportionnellement diminuée davantage que la jambe. L'articulation ne contient pas de liquide, mais on y perçoit une crépitation différente de la crépitation osseuse. Aucun bruit à l'auscultation, aucun soulèvement ou battement à la palpation. Il existe des douleurs, les unes sourdes, continues, les autres par élancements; ces

dernières ne surviennent que spontanément; surtout la nuit, et ont leur maximum d'intensité dans la bosselure antérieure. La jambe est dans une flexion légère dans la station verticale ou le décubitus horizontal. La malade lui communique quelques mouvements bornés de flexion et d'extension que le chirurgien ne saurait exagérer sans quelque difficulté. On produit plus aisément et sans douleur un mouvement de latéralité très prononcé que j'attribue au déplacement ou relâchement du ligament latéral interne. M. Denonvilliers, depuis l'entrée de cette femme, a établi son pronostic et songe à l'amputation qu'il ajourne après l'accouchement.

30 mai. — Marchandies est accouchée il y a dix jours; et n'a pas éprouvé le plus minime accident. Son enfant a été confié à une nourrice, et la sécrétion lactée a été suspendue sans difficulté par la pervenche et l'eau de Sedlitz. Durant quelques jours, la tumeur a diminué, les marbrures ont perdu de leur coloration, les mouvements ont été moins limités; les élancements moins fréquents; mais aujourd'hui tout se rétablit comme précédemment.

2 juin. — La tumeur a augmenté de volume depuis le 11 mai; spécialement vers le condyle externe et par en haut. Quelques ganglions cruraux sont volumineux et roulent sous le doigt.

3 juin. — M. Denonvilliers pratique l'amputation de la cuisse à sa partie moyenne par la méthode circulaire ordinaire. La compression ayant été bien faite au lieu d'élection, malgré la présence des ganglions engorgés, le moignon donna fort peu de sang; mais le tronçon laissa couler aussitôt une masse énorme de sang noir, d'aspect veineux, et la tumeur diminua sous nos yeux, selon la remarque de M. Denonvilliers. La patiente fut anesthésiée selon l'usage. Un pansement fut appliqué, destiné à tenter la réunion par première intention des lèvres de la plaie; au moment où il allait être terminé, l'opérée tomba tout à coup dans un collapsus prolongé et inquiétant, dû non au chloroforme, dont l'usage avait été suspendu depuis assez de temps, mais à la suppression rapide de l'immense quantité de sang contenue dans la tumeur. Les excitations cutanées et muqueuses de toute nature, la position inclinée du corps, la tête plus basse que les pieds, éloignèrent toutefois le danger; et le repos au lit, la chaleur et les excitants intérieurs achevèrent de lui faire reprendre connaissance.

Une demi-heure après, une syncope semblable se renouvela, qu'unaniment les assistants attribuèrent à l'hémorrhagie antérieure, et fut traitée avec le même succès par les mêmes moyens.

A la visite du soir, je trouve la malade en fort bon état, quoique très irritable et très apéniée. Les téguments, les lèvres sont pâles. Le pouls est petit, faible, peu fréquent. Les pièces du pansement sont à peine teintes de quelques gouttelettes de sang. — Julep diacodé, puis pilule de 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

4 juin. — La malade n'a pas dormi et a été fort agitée; elle n'a pas eu cependant de fièvre notable. Les lèvres de la plaie ne sont ni rouges ni tuméfiées, et sont agglutinées par de la lymphe plastique dans toute leur étendue. — Même pansement avec bandellettes agglutinatives et linge glyciné. Bouillons; vin de Bagnols.

Visite du soir: Le pouls est petit et un peu fréquent. — Julep avec sirop d'acétate de morphine; 40 grammes.

5 juin. — Sommeil excellent, dit-elle. Son état moral est des plus satisfaisants; n'était la pâleur de la face qui atteste une perte de sang, on ne songerait pas à une opération si récente. — Bouillons et côtelettes; vins de Bagnols et de quinquina; julep morphiné.

6 juin. — Toutes les pièces du pansement sont humides de sérosité versée par la plaie. La partie moyenne est réunie; le reste est rosé et de bel aspect. L'engorgement crural a diminué un peu. Constipation. — Lavement purgatif; le reste, *ut supra*. Poulet.

9 juin. — Bon état. Les forces, les couleurs reviennent. M. Denonvilliers chaque matin désunit le lien de la plaie vers l'angle externe, pour laisser écouler la sérosité louche, mais nullement purulente jusqu'ici.

10 juin. — Quelques fils à ligature ont pu être enlevés. L'engorgement crural a considérablement diminué.

Dissection de la tumeur. Les masses musculaires qui enveloppent l'extrémité inférieure du fémur sont ramollies, comme macérées et infiltrées d'un liquide rouge foncé, jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'endroit amp. té. Des quantités énormes de tissu adipeux se rencontrent dans les points habituels, sauf en dedans, où les parties molles sont refoulées, amincies.

La tumeur occupe principalement la moitié interne du quart inférieur du fémur, ou, pour mieux dire, elle est constituée

par un renflement portant spécialement sur la partie antérieure, postérieure et interne du condyle interne, sur la partie postérieure de l'échancrure intercondylienne et du condyle externe, sur la base du triangle poplité du fémur. Le point le plus saillant répond à la tubérosité interne, à 2 pouces environ en dedans du niveau normal de celle-ci. Sa surface est formée par une couche osseuse, d'épaisseur variable, réduite en dedans dans les points correspondants aux bosselures, à une mince lamelle qui semble s'identifier avec les parties sus-jacentes. Elle adhère intimement aux tissus fibreux et musculaires altérés, infiltrés par un tissu d'induration peu consistant, en sorte que l'énucléation, la dissection de la tumeur, sont fort difficiles. En quelques endroits où l'examen de cette surface est plus favorable, nous constatons diverses particularités. Ainsi, dans le point où la tumeur se continue avec la diaphyse, nous notons, en quelque sorte, deux périostes : l'un, fort adhérent à l'os, est épaissi, opaque, résistant ; l'autre, supplémentaire, est constitué par le tissu cellulaire voisin, infiltré de lymphe plastique organisée, lardacé. Ce dernier, tantôt se confond avec le premier, tantôt peut en être détaché par une dissection minutieuse. La surface cartilagineuse du condyle interne est envahie par un tissu de nouvelle formation, dépendant de la production sous-jacente, et ressemblant parfois à des polypes sessiles, violacés, et de nature érectile ; en effet, après l'exposition prolongée de la pièce dans un courant d'eau et l'évacuation de tout le sang, ces sortes de polypes avaient perdu les deux tiers de leur volume et paraissaient pâles et flétris. La partie postérieure et interne du condyle externe est bosselée, rugueuse, le cartilage d'encroûtement y est soulevé çà et là, tandis que la partie antérieure et externe est saine. La face externe du condyle externe, quoique manifestement augmentée de volume, a conservé sa configuration et son aspect normaux. Le périoste y est épaissi ; en un point de l'étendue d'un haricot, il est violacé et soulevé par un tissu mou appartenant à la dégénérescence sous-jacente. Évidemment celle-ci faisait des progrès par ici, comme du côté interne. Çà et là, enfin, en mettant l'os à nu, on découvre des sillons verticaux, parallèles et rougeâtres, qui indiquent en ces points l'ostéite du tissu compacte.

Passons maintenant à l'intérieur, et voyons ce que nous appren-

dront diverses coupes. Une première incision verticale, pratiquée sur le côté interne, au niveau du point culminant postérieur, nous montre : 1° une enveloppe osseuse assez régulière à l'extérieur, mais irrégulière et anfractueuse à l'intérieur ; 2° un tissu fongueux que M. Denonvilliers compare au tissu caverneux, mais à trame, à mailles plus serrées, à texture faible, d'aspect finement granuleux. Il contient une grande quantité de sang noir que la moindre pression fait écouler, et est parcouru en divers sens par des canaux ou cavités du calibre d'une plume de corbeau en moyenne, revêtus d'une membrane rosée, offrant quelques valvules et remplis de sang noir. Ces derniers sont manifestement des sinus veineux.

Une seconde incision au niveau de la bosselure postérieure nous mène dans une vaste poche pleine de sang et ressemblant d'une manière remarquable à la cavité des oreillettes.

Enfin, une section complète par la scie, d'avant en arrière de la diaphyse et de la portion interne du condyle externe, nous offre des particularités non moins curieuses. Au centre et vers la partie postérieure s'y voit une masse du tissu fongueux déjà décrit, irrégulière, de la consistance à peu près d'une éponge fine, mais plus fragile, remplissant les intervalles laissés par de larges sinus veineux et quelques cloisons osseuses. Elle envoie vers le canal médullaire de la diaphyse un prolongement conique reçu dans une sorte de doigt de gant dont les parois sont formées par le tissu compacte graduellement aminci, et le fond par un diaphragme curviligne jaunâtre, mou, et de récente formation. En maniant la partie interne de cette coupe, une fracture s'est produite presque spontanément vers ce point. La portion inférieure de la section répond au condyle externe et présente des cloisonnements épais et irréguliers de tissu osseux et des cavités analogues à celles décrites ci-dessus dans le tissu propre ou fongueux. L'une de ces cavités se prolonge au-dessus et en avant de l'espace intercondylien, et a le volume d'une grosse noix. La portion de diaphyse située au-dessus du diaphragme ci-dessus est infiltrée de suc médullaire plus consistant et plus rouge que normalement. Les lamelles y sont recouvertes d'un dépôt rougeâtre, d'aspect fibrineux, ne se détachant pas sous un filet d'eau fort et prolongé. Elles donnent à songer à la première période de la myélite. Le tissu spongieux des con-

dyles du tibia, sans être précisément malade, est très infiltré d'un suc rouge et sirupeux. Il est raréfié et le siège d'une injection, d'une coloration qui résiste au lavage à grande eau. Le tissu spongieux de la rotule est intact. J'ai omis de dire que le tissu propre de cette tumeur présente partout la même consistance, et qu'on n'y rencontre que de très rares et très petits caillots sanguins.

Examen microscopique. — M. Charles Robin, auquel nous avons envoyé divers fragments de la tumeur, a eu l'extrême obligeance de nous remettre la note suivante : *Tumeur principalement fibreuse, avec un peu de fibro-cartilage et beaucoup d'éléments de la moelle des os dits myéloplastés.*

En résumé, l'examen minutieux de cette lésion porte à considérer un point situé vers le milieu du condyle interne comme le centre d'irradiation, duquel la production morbide s'est propagée en diverses directions, tantôt refoulant, comprimant les obstacles qui s'opposaient à son développement, tantôt s'insinuant entre les interstices de l'organe et y donnant naissance à de nouveaux foyers.

La commotion et non la contusion de la moelle du tissu spongieux à l'époque de la chute, il y a quatre ans, me paraît y avoir été la cause d'une myélite lente, insidieuse, à forme particulière encore peu connue dans l'état actuel de la science. Cette dilatation excentrique de la substance osseuse par un tissu pathologique de nature moitié érectile, moitié hypergénésique des éléments normaux me semble hors de contestation. L'extrême vascularité, les nombreux réservoirs, l'accumulation du sang veineux, lui donnent quelques points de ressemblance, soit avec les tumeurs érectiles, soit avec les fongus hématodes des os. M. Denonvilliers, par l'examen à l'œil nu, a exclu toute idée de cancer, ce que M. Ch. Robin a pleinement confirmé. La tumeur résulte d'une simple accumulation des éléments normaux de l'organe, avec déviation de siège et de but. Je terminerai par un aperçu clinique essentiellement pratique indiqué par M. Denonvilliers dans ses leçons à l'hôpital. A juger par l'immense quantité de sang qu'a fournie la tumeur, soit pendant, soit après l'opération, et par la diminution de volume qui en est résultée, ne pourrait-on pas, pour faciliter le diagnostic dans les cas du même genre, soumettre le membre suspect à une posi-

tion élevée qui permette au sang veineux de s'écouler dans le tronc? La même manœuvre ne doit-elle pas être employée pendant un quart d'heure, par exemple, avant de pratiquer l'amputation? On éviterait ainsi les accidents dont nous avons été témoin, dus à la soul traction subite, aux dépens de l'économie, d'un volume énorme de sang, que dans notre cas on peut évaluer à un quart ou un cinquième de la masse totale de ce liquide.

XXXI. ANNÉE. — JUILLET 1856.

SOMMAIRE. — 1. Hypertrophie d'un follicule sébacé. — 2. Fracture de la rotule. — 3. Hypertrophie des lobes latéraux de la prostate, rupture de la vessie. — 4. Crâne et cerveau d'un enfant idiot. — 5. Encéphalite, abcès du cerveau. — 6. Kyste abdominal avec inclusion de dents, d'os, de poils, etc. — 7. Vices de conformation des membres chez un fœtus. — 8. Ovaire rudimentaire, absence de la trompe; détails anatomiques sur le ligament rond. — 9. Ulcère simple de l'estomac, avec hypertrophie des parois.

OBSERVATIONS. — Volumineux kyste congénital du cou chez un fœtus, par M. Blachez. — Rapport de M. Charrier sur cette observation.

Grossesse extra-utérine, par M. Dumont-Pallier.

Cancer du fémur; infection générale, par M. Dumont-Pallier.

Hernie diaphragmatique congénitale du côté gauche chez un fœtus, par M. Dumont-Pallier.

Kyste hydatique du poumon, par M. Pillon. — Extrait du rapport de M. Charnal sur cette observation.

Tumeur du globe de l'œil, par M. Garnier.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. E. Nélaton fait voir deux pièces.

1. 1^o *Un follicule sébacé très hypertrophié.* Cette tumeur datait de longues années, elle a été recueillie sur un individu qui a succombé à un cancer. Le follicule était placé au-devant du sternum, il a le volume d'une noisette. Son goulot s'est ouvert peu à peu et sans ulcération d'aucune nature. Il présente près d'un centimètre de diamètre. Au fond de ce large orifice, on voit une couche de matière jaunâtre concrète qui remplit tout le fond de la tumeur.

2. 2^o *Une fracture de la rotule.* Cette fracture date de deux mois et demi, elle a été traitée par l'immobilité dans une gouttière. Les fragments, au nombre de trois, un supérieur et deux inférieurs,

dont l'un très petit, sont réunis par un col fibreux sans écartement. La seule circonstance à noter sur cette pièce, c'est que le gros fragment inférieur a un peu basculé en avant et que le cartilage articulaire s'est ainsi trouvé en rapport avec la cassure du fragment supérieur. Le cal ne s'en est pas moins formé en ce point et réunit par conséquent le cartilage à l'os.

3. M. Cavasse présente une *hypertrophie de la prostate, avec rupture de la vessie, suivie d'hémorragie mortelle.*

Mardi matin, 8 juillet, est entré dans le service de M. Maisonneuve, à la Pitié, un homme âgé de soixante-quinze ans. Depuis plusieurs années déjà, il éprouvait des difficultés pour uriner, difficultés qui augmentaient de temps en temps, sans cause bien appréciable, nous assure le malade. Dimanche soir, après une légère fatigue, rétention complète d'urine. Un médecin, appelé pendant la nuit, ne peut arriver dans la vessie, et ce n'est que le lundi, à deux heures, que le malade, sondé à l'hôpital Saint-Louis, rend une énorme quantité d'urine.

Le mardi, à la visite, nous constatons à la région hypogastrique une tumeur piriforme, remontant jusqu'à l'ombilic, présentant de la matité dans toute son étendue. Toutes les parties voisines sont un peu douloureuses; le malade est déprimé et tourmenté par des nausées fréquentes. M. Maisonneuve pratique avec la plus grande facilité le cathétérisme sur conducteur; le bec de la sonde n'est pas dévié. Le cours de l'urine est interrompu trois ou quatre fois par des caillots de sang, qui bouchent les yeux de la sonde; on les déplace facilement avec des injections d'eau tiède, et la vessie est complètement vidée.

On laisse une sonde à demeure. Le soir, le malade a toujours des envies de vomir; son pouls est petit et accéléré, le ventre est légèrement ballonné, et la vessie très distendue; il n'est sorti depuis ce matin que quelques gouttes d'urine. La sonde est obstruée par des caillots: les injections d'eau sont impuissantes à les déplacer; l'eau entre et ne ressort pas, ce qui tient vraisemblablement à ce que les caillots font valvule aux yeux de la sonde. Craignant de trop distendre la vessie par l'accumulation de l'eau, j'ai changé plusieurs fois la sonde sans obtenir un meilleur résultat. Enfin, j'ai

adapté une grosse seringue à l'extrémité libre du cathéter, et j'ai pu, en faisant le vide, après un grand nombre de tentatives, retirer 400 ou 500 grammes de caillots sanguins, et soulager ainsi le malade. Avec les caillots il y avait peu d'urine; la quantité du liquide était à peu près égale à celle de l'eau que j'avais injectée.

Pilules d'extrait thébaïque de 0,05 centigr., et deux demi-lavements d'eau froide.

Pendant la nuit, vomissements.

Le lendemain mercredi 9, l'état général est plus mauvais, le ballonnement du ventre plus considérable; il y a un peu d'empâtement dans les fosses iliaques; on retire avec une seringue, et par le même procédé que la veille, un peu d'urine et 400 ou 450 grammes de caillots. Lavage de la vessie avec de l'eau tiède.

Le soir, pouls misérable; les vomissements continuent. Je sonde le malade: l'urine, peu abondante, s'écoule facilement; elle ne contient pas de caillots.

Mort pendant la nuit.

Autopsie. — Dans l'urètre, au niveau de la portion membraneuse, excoriation légère de la muqueuse.

Prostate: Hypertrophie des lobes latéraux et surtout du lobe latéral droit; déformation de l'urètre, de manière que ce canal décrit une courbure à concavité tournée à droite; et pourtant, dans les nombreux cathétérismes que nous avons pratiqués, la partie libre de la sonde n'a jamais été déviée. Le lobe moyen n'est pas hypertrophié; entre sa face supérieure et l'ouverture du col de la verge, il y a une paroi verticale de 2 centimètres et demi d'étendue. Il est assez étonnant que nous n'ayons jamais éprouvé de difficulté pour arriver dans la vessie, et que cette paroi ne porte aucune trace de contusion.

Les parois de la vessie sont augmentées de volume; la muqueuse est d'un rouge violacé; mais en aucun point il n'y a d'ulcération ni de trace d'une lésion ayant pu produire une hémorrhagie, si ce n'est en arrière, au niveau de la partie latérale droite, près du sommet, où l'on trouve une solution de continuité verticale, de 4 centimètre et demi d'étendue; elle intéresse la muqueuse et la couche musculaire. Le péritoine est décollé; le tissu cellulaire sous-péritonéal est mortifié tout autour de la rupture, ainsi que celui qui occupe la fosse iliaque droite jusque au-dessous du rein.

Rien dans le péritoine.

Il y avait en dehors de la vessie un peu d'épanchement de sang ; ce qui prouve bien que l'hémorrhagie dans l'intérieur de la vessie avait eu pour siège la rupture même de l'organe.

M. *Dufour* insiste sur l'utilité des sondes en bécuille ou à très courte courbure pour sonder les malades chez lesquels une hypertrophie irrégulière de la prostate dévie le canal de l'urètre, le coude de manière à empêcher les sondes ordinaires de passer.

4. M. *Blachez* fait voir le crâne et le cerveau d'un enfant idiot, âgé de cinq ans.

Cet enfant fut apporté à l'hôpital des Enfants trouvés, après abandon. Il avait toutes les apparences de la santé. Développement normal.

La tête est ovoïde, le front aplati, fuyant, face hébétée ; contracture permanente des bras et des jambes. Intelligence nulle ; pas de signes d'attention ; sensibilité presque entièrement abolie. Paralyse du pharynx et de l'œsophage. Rejet fréquent des aliments par la bouche et les fosses nasales. Verge courte, volumineuse ; double hypospadias ; ouverture postérieure située à la racine des bourses et par laquelle passe l'urine ; une autre ouverture en arrière du gland. Érections fréquentes. Un seul testicule engagé dans l'anneau. À plusieurs reprises, l'enfant fut pris d'ophtalmies paraissant devoir être très graves, et se terminant en vingt-quatre heures. Dans les derniers jours, agitation, cris, quelques signes de bronchite. Mort sans symptômes bien caractérisés.

Autopsie. Congestion hypostatique du poumon droit, qui surnage et crépite. Testicule droit placé au-dessous du rein. Présence du *guernaculum testis*. La verge, ou plutôt l'urètre, présente trois ouvertures ; les deux premières situées l'une au-dessous du gland, l'autre près de la racine de la verge, se terminent en cul-de-sac ; la troisième, située au niveau du pli scrotal, conduit directement dans la vessie.

Crâne bien ossifié ; sutures étroitement engrenées. Épaisseur considérable de la paroi osseuse au-dessus de la voûte orbitaire. La coupe horizontale présente plus de 2 décimètres. Cavité très dimi-

nuée. Circonférence extérieure, 34 centimètres ; diamètre occipito-frontal à l'intérieur, 44 centimètres ; diamètre bipariétal, 9 centimètres.

Dure-mère épaisse. Arachnoïde un peu injectée en avant. Cerveau de la grosseur du poing d'un adulte, ferme, sans altération. Aplatissement des hémisphères. Atrophie des lobes postérieurs. Le cervelet est complètement à découvert. Pédoncules moyens allongés ; le lobule du pneumogastrique est représenté par un feston. Scissure de Sylvius largement ouverte, laissant voir librement le lobule du corps strié et l'espace perforé.

La partie moyenne de la fente de Bichat est également ouverte et permet de voir l'intérieur des ventricules, corne d'Ammon, corps frangé, corps godronné. Circonvolutions cérébrales rudimentaires et comprimées. Rien dans la moelle.

5. M. Gallard présente au nom de M. Luton, des *Abcès dans les deux hémisphères du cerveau.*

Le 7 juillet 1856, la nommée Thunot (Louise), âgée de trente-quatre ans, femme de chambre, s'est présentée à la consultation de l'hôpital Beaujon pour une indisposition dont elle faisait remonter le début au jeudi précédent (3 juillet), c'est-à-dire qu'elle était malade depuis quatre ou cinq jours seulement. Elle avait eu il y a trois mois un panaris de l'indicateur droit, avec tuméfaction considérable de tout l'avant-bras et du bras du même côté ; plusieurs incisions avaient dû être pratiquées sur la main. Il y avait trois semaines seulement qu'elle était convalescente de ce panaris, à la suite duquel étaient survenus des symptômes thoraciques qui avaient nécessité des applications de sangsues et de vésicatoires ; mais alors il n'y avait pas de phénomènes du côté de l'encéphale. Elle se plaignait seulement de céphalalgie et d'étourdissements, et ce n'est que le 3 qu'elle éprouva des accidents cérébraux. — Ce jour-là elle eut une perte subite et complète de connaissance ; le soir même on remarquait une certaine étrangeté dans son regard, dans sa parole et dans ses actions ; elle ne savait plus ce qu'elle faisait ; ses maîtres furent obligés de la faire mettre au lit, et son état empirant, ils la firent conduire à l'hôpital. Lorsqu'elle y arriva,

cette femme se soutenait seule, et répondait clairement aux questions qu'on lui adressait. Cependant en l'examinant plus attentivement, on reconnut qu'elle présentait quelques signes d'hémiplégie à gauche : la bouche était tirée à droite, l'œil gauche était plus largement ouvert que l'œil droit ; toutefois l'état de cette malade ne parut pas très inquiétant, et à ce moment n'attira pas autrement l'attention. Elle fut admise à l'hôpital.

A la visite du soir, la malade répondit nettement aux demandes qu'on lui adressa ; l'hémiplégie gauche fut de nouveau constatée. Elle était générale, mais non complète ; cependant cette femme ne put exécuter les mouvements nécessaires pour l'exploration qu'elle subissait : il semblait qu'elle fût clouée dans son lit par une affection rhumatismale très généralisée ; les mouvements n'étaient pas difficiles seulement à cause de la paralysie, mais ils paraissaient aussi douloureux.

Le lendemain, 8 juillet, à la visite, l'examen fut fait plus en détail par M. Gubler.

La paralysie occupe tout le côté gauche ; elle est devenue complète, pour la sensibilité, comme pour le mouvement ; l'hémiplégie faciale est peu accusée, la bouche est tirée légèrement à droite, l'œil gauche est un peu plus ouvert que l'œil droit ; la langue n'est pas déviée ; les sens sont tour à tour explorés et paraissent intacts : la malade voit bien les objets qu'on lui présente ; elle lit parfaitement avec l'œil qui correspond au côté paralysé, elle entend également bien avec les deux oreilles et à la même distance le bruit d'une montre, elle sent l'odeur du vinaigre avec les deux narines, elle perçoit avec les deux moitiés de la langue la saveur du sel qu'on y dépose.

L'intelligence paraît parfaitement conservée ; la malade comprend très bien tout ce qu'on lui dit, et répond sans que sa langue s'embarrasse : cependant à certains moments elle a semblé se troubler, elle s'est demandé si elle ne perdait pas la tête et la mémoire de certains détails sur lesquels on l'interrogeait à paru lui échapper à plusieurs reprises. Mais ces troubles n'étaient que très passagers, et bientôt elle se remettait complètement.

Parfois elle riait involontairement ; et les contractions des diducteurs de la commissure labiale ne pouvant avoir lieu qu'à droite, M. Gubler a eu un instant la pensée qu'il y avait plutôt de

la contracture dans la moitié droite de la face que de l'hémiplégie dans la partie gauche.

En réalité, les deux choses existaient à la fois. On obtient avec la plus grande facilité la tache méningitique.

Il y a de la céphalalgie, mais elle n'est pas d'une extrême intensité. Il n'y a pas de fièvre marquée.

Les autres fonctions ne présentent aucun trouble apparent. Il n'y a pas eu de vomissements.

En présence de ces faits, on ne pouvait diagnostiquer qu'une apoplexie ou un ramollissement.

M. Gubler penchait vers cette dernière opinion.

Traitement. — Calomel 0,10 ; sinapisines ; lavement purgatif ; bouillon ; potage.

40 juillet. — Depuis hier soir la malade est tombée dans le coma le plus profond. Les deux côtés du corps sont en résolution complète. Par instants, il se passe quelques mouvements de contraction dans l'avant-bras gauche. Les pupilles, principalement la gauche, sont dilatées. Il y a un strabisme double divergent. La respiration est libre, non bruyante.

La malade meurt dans la journée, sans présenter de nouveaux phénomènes à noter.

En présence de cette marche envahissante de la maladie, on pouvait supposer que le ramollissement avait gagné les parties centrales de l'encéphale, qu'il y avait de l'épanchement dans les ventricules ; en un mot, qu'il s'agissait d'une hydrocéphale aiguë.

Voici ce que l'autopsie est venue révéler.

Autopsie faite le 11 juillet. — Rien de particulier dans l'aspect extérieur du cadavre.

Encéphale. — À la surface de l'hémisphère cérébral gauche, rien de bien apparent.

À la superficie de l'hémisphère droit, couche étendue et diffuse d'un pus sanguinolent. Ce pus est contenu dans la cavité de l'arachnoïde manifestement enflammée. Les parties sous-jacentes, pie-mère et substance grise, sont enflammées, ramollies et infiltrées d'une matière puriforme. Près de la scissure interhémisphérique, à l'union du tiers moyen avec le tiers postérieur, on trouve une cavité en godet, remplie d'une matière pultacée formée de pus

et de sang. En d'autres termes, il semble que ce soit une véritable ulcération des circonvolutions cérébrales.

En pratiquant les coupes ordinaires du cerveau, on trouve trois foyers purulents : un dans l'hémisphère droit et deux dans l'hémisphère gauche.

L'abcès de l'hémisphère droit occupe à peu près le centre du lobe frontal.

Des deux abcès de l'hémisphère gauche, l'un correspond au côté interne du lobe occipital ; l'autre est situé à la partie centrale de l'hémisphère au-dessus du ventricule latéral.

Leur volume est le même et égal à celui d'une grosse noix environ.

Leur forme est régulièrement arrondie.

Ils ne sont pas enkystés ; mais leur limite est très accusée. Il semble qu'une *enveloppe plastique* se forme autour d'eux. Ils renferment une pulpe sanguino-purulente, dans laquelle le microscope démontre des globules de sang déformés, des globules de pus bien évidents, et des débris de tubes nerveux.

Ces abcès sont entourés d'une auréole assez étroite de points apoplectiques. C'est une apoplexie capillaire bien caractérisée, qui devait peut-être précéder la fonte purulente, mais qui pouvait tout aussi bien être attribuée au ramollissement inflammatoire.

Autour de ces centres de ramollissement et de ces foyers purulents, on trouve une large atmosphère de substance médullaire colorée en jaune ; la teinte est très franche et peut être comparée à celle des cicatrices cérébrales ou des corps jaunes. Toute cette substance ainsi colorée, est *manifestement ramollie*. Elle est pour ainsi dire exsangue, car on ne voit pas de pointillé rouge, et au microscope on ne trouve pas de globules de sang. Il n'y a pas non plus de pus. On n'aperçoit dans le champ du microscope que des tubes nerveux brisés en fragments.

Il est donc vraisemblable que cette atmosphère jaune, si bien étudiée parALLEMAND, est formée par de la matière colorante du sang infiltrée autour du foyer purulent, et qu'elle représente les teintes décroissantes de l'ecchymose.

Dans les ventricules, épanchement insignifiant. On ne trouve aucune altération ni dans le corps calleux, ni dans le trigone, ni dans la protubérance annulaire, ni dans le cervelet, etc.

Le foie est très volumineux et ressemble un peu, par l'aspect extérieur, à un foie gras ; mais il est ferme et consistant. Le microscope ne démontre aucune altération des cellules hépatiques. La rate est un peu grosse et ramollie. La boue splénique est abondante, mais elle est peu foncée en couleur et est traversée par de nombreuses stries blanchâtres qui lui donnent un aspect tigré.

La plupart des organes, poumons, reins, etc., sont congestionnés. Le cœur contient des caillots dont quelques-uns semblent avoir été formés avant la mort.

6. M. Gibert présente un *kyste de l'ovaire par inclusion* chez une enfant de treize ans, forte, très développée, et de bonne santé apparente.

A l'âge de huit ans, la mère s'aperçut d'une tumeur occupant le creux épigastrique. Cette tumeur a augmenté annuellement depuis cette époque. Elle a toujours occupé la même région.

L'abdomen n'a beaucoup augmenté de volume que depuis quelques mois.

Pas de douleurs. Simples dérangements dans la digestion, sans altération de la santé.

État actuel (février 1856). — Abdomen extrêmement volumineux, bombé en avant ; distension très grande de la peau ; à l'examen, deux choses à observer : 1° une tumeur ; 2° une collection de liquide.

1° La tumeur occupe l'épigastre, se prolonge de chaque côté dans les hypochondres en bas et au-dessous de l'ombilic.

Elle est très dure, inégale, bosselée. — A l'ombilic, la présence du liquide empêche de la suivre plus bas. — Il est impossible de limiter exactement cette tumeur par la palpation et la percussion. La peau est mobile sur la tumeur.

2° Collection de liquide considérable qui remonte au-dessus de l'ombilic. — Fluctuation tout à fait semblable à celle de l'ascite. — Les intestins sont situés tout à fait en arrière du flanc gauche.

On ne peut pas limiter le foie, ni l'estomac, ni la rate, à cause de la matité générale de tout l'abdomen.

Ponction le 20 février. — Issue de cinq litres de liquide sanguin presque pur. — Après sa sortie on constate que la tumeur a

le volume d'une tête d'adulte, qu'elle occupe la partie supérieure et médiane de l'abdomen ; qu'autour d'elle sont trois tumeurs plus petites, du volume du poing, isolées et libres. — On constate ainsi qu'on a à faire à un kyste, dont les parois sont épaisses.

Inflammation du kyste, puis péritonite. — Mort au bout de six jours.

Autopsie. — On extrait de l'abdomen un énorme kyste.

Les reins, les uretères, la vessie, ne présentent rien d'anormal.

Le vagin et l'utérus réunis forment le pédicule du kyste ; ils ont 15 centimètres de largeur ; l'utérus se termine par un cul-de-sac. — Absence de l'ovaire et de la trompe gauches. A droite état sain des mêmes organes.

Le kyste est énorme ; ses parois sont épaisses, fibreuses. — Il contient, 1° un liquide purulent, qui a remplacé le liquide sanguin retiré par la ponction ;

2° Trois petites masses graisseuses mêlées de poils ;

3° Une énorme tumeur qui adhère à la partie supérieure du kyste (qu'on sentait à l'épigastre) ; cette tumeur se compose d'une quantité de cavités plus ou moins grandes, contenant les unes une substance gélatineuse blanche, d'autres une substance plus liquide, d'autres, enfin, de la graisse mêlée de poils.

Au milieu de ces kystes sont disséminés des os ; quelques lambeaux de peau adhérent à l'un des os. — Trois sont assez grands, irréguliers, sans forme appréciable. — Deux cependant se rapprochent des maxillaires et portent plusieurs dents. — Un troisième n'a pas de dents et a une forme écailleuse qui rappelle le temporal. — Quatre autres os très petits portent également des dents.

Les dents, au nombre de 26, sont de la première et de la seconde dentition.

7. M. Blachez montre un enfant mâle de deux mois, mort dans le service de M. Giraldès, à l'hospice des Enfants trouvés, et qui présente des *vices remarquables de conformation des membres*.

Taille de 48 centimètres, les membres étendus.

La tête et le tronc sont bien développés, et ne présentent rien de particulier. Il n'en est pas de même des membres qui sont conformés d'une manière singulière.

Les deux membres supérieurs sont réduits de chaque côté à un fragment d'humérus qui comprend tout le tiers supérieur, c'est-à-dire la portion deltoïdienne.

A droite, l'os est un peu plus long qu'à gauche ; il se termine par une extrémité très légèrement taillée en biseau, absolument comme s'il y avait eu fracture en cet endroit. On ne trouve aucune trace, aucun rudiment de main ou d'avant-bras. Les muscles grand pectoral, petit pectoral, deltoïde, etc., sont très bien développés. Les parties sont exactement dans l'état de développement où elles seraient, si une section transversale avait été portée sur l'humérus au niveau de la jonction de son tiers supérieur. La portion supérieure du triceps est assez développée, et les faisceaux musculaires, très courts, s'insèrent sur le fragment osseux dans toute leur étendue. Ils vont en s'amincissant et en s'effilant à leur partie inférieure. L'extrémité inférieure de l'os fait saillie sous la peau. Il n'y a point de bourse synoviale. Du côté droit, la peau présente, au-dessus et au dehors de la pointe osseuse, un petit mamelon cutané, tout à fait analogue à une végétation et complètement amorphe. Pas de tissu cicatriciel appréciable.

La cuisse gauche n'a pas plus de 4 centimètres ; elle est dirigée en dehors, et forme avec l'os coxal un angle droit. Du reste, tous les muscles ont leur insertion normale.

Il n'en est pas de même du côté droit où la cuisse n'est représentée que par un rudiment ostéo-fibreux, un peu renflé au niveau des tubérosités du tibia avec lequel il s'articule incomplètement, et qui ne se continue pas jusqu'au bassin. Les muscles coxo-fémoraux s'insèrent sur le tibia à la partie supérieure. Le grand fessier bien développé à la partie externe au-dessous de la tubérosité articulaire. Les adducteurs au même niveau, mais à la partie interne. Ces muscles circonscrivent une espèce de pyramide à parois musculaires, dans l'intérieur de laquelle on ne sent que le rudiment ostéo-fibreux déjà indiqué, et qui n'offre aux muscles aucune insertion.

Le pied droit n'a que quatre orteils. La jambe, comme c'est la règle, manque de péroné.

La jambe gauche est bien conformée.

L'enfant a succombé à une entérite avec ramollissement général de la muqueuse intestinale.

M. Houel ne pense pas qu'on doive reconnaître là des amputations spontanées. Il se fonde sur ce que la lésion existe la même sur l'un et l'autre bras ; sur les désordres, les malformations remarquables des deux membres inférieurs ; sur l'existence de ces petits tubercules cutanés qui terminent les moignons, et qui pourraient bien être des doigts rudimentaires ; enfin sur l'insuffisance de la dissection actuelle. En effet, sur un fœtus que M. Houel a présenté à la Société de biologie, on ne trouvait à première vue qu'un humérus. Un examen plus attentif fit reconnaître que ce prétendu humérus n'était qu'un os de l'avant-bras s'articulant plus haut avec un humérus entièrement court.

M. Giralès. On ne peut ici songer à des amputations spontanées que pour les bras, et la question est en effet très discutable. M. Houel allègue que l'os du moignon pourrait bien ne pas être l'humérus. Mais il suffit de jeter les yeux sur les insertions musculaires pour se convaincre du contraire. Quand même ces petits tubercules cutanés seraient des vestiges de doigts, ce ne serait pas davantage une preuve contraire, car la collection de M. Montgomery contient des cas où l'on voit encore des portions de membres presque séparées, ne plus tenir à la racine que par des brides très minces. Simpson dit même que parfois on voit se reformer sur ces moignons d'amputations intra-utérines des appendices présentant de l'analogie avec des doigts. On ne saurait d'ailleurs invoquer avec avantage la théorie des arrêts de développement. En pareil cas, ce sont les portions intermédiaires des membres et non les extrémités qui manquent.

M. Houel, malgré les objections de M. Giralès, ne saurait admettre des amputations spontanées. L'absence du péroné et d'un orteil lui paraît une objection capitale. Il est des cas d'ailleurs où l'absence d'un membre ne pourrait être attribuée à une amputation ; il a vu un fœtus chez lequel on ne trouvait aucun vestige de l'un des membres inférieurs ; il n'y avait pas à songer à une amputation.

M. Giralès. En examinant cet enfant, je m'étais demandé si ces vices de conformation n'auraient pas été transmis par les parents. J'avais même songé à la paternité d'un homme qui pré-

voit une cicatrice fibreuse, blanchâtre et très résistante ; un petit vaisseau sanguin est béant dans ce point. La muqueuse s'arrête au bord de l'ulcère, où elle forme un bourrelet saillant.

Près du cardia existe un autre ulcère plus large et moins saillant ; à une des extrémités, toutes les tuniques, sauf le péritoine, ont disparu. Toutes ces parties sont réunies par une cicatrice.

Sur la partie moyenne de l'estomac, un peu plus près du cardia, existe un troisième ulcère moins étendu et moins saillant que les précédents.

L'estomac a diminué de capacité. Ses parois sont épaissies dans toute leur étendue, mais l'hypertrophie est bien plus considérable au niveau du pylore, ce qui explique la tumeur sentie pendant la vie.

M. Plata-Azuero insiste sur les signes de cette affection, qui ne permettaient d'hésiter qu'entre l'ulcère simple et le cancer. On sait que M. Cruveilhier a donné comme caractère distinctif entre ces deux affections l'absence de tumeur pour l'ulcère. Aussi M. Piorry et M. Blain des Cormiers, se fondant sur la constatation de la tumeur pylorique, avaient-ils diagnostiqué un cancer.

Le cas était trompeur, en effet ; le présentateur attire donc sur ce point toute l'attention de la Société. De plus, il voudrait qu'on nommât cette maladie gastrite ulcéreuse avec hypertrophie des parois de l'estomac.

M. Blain des Cormiers insiste de nouveau sur les difficultés de diagnostic que présentait ce malade ; mais, considérant que rien ne démontre la nature inflammatoire de la lésion, il refuse le nom de gastrite ulcéreuse que propose M. Azuero, et préfère conserver celui d'ulcère, qui ne préjuge rien sur la nature du mal.

KYSTE CONGÉNITAL DU COU CHEZ UN FŒTUS. — Observation recueillie par M. BLACHEZ, interne des hôpitaux.

Madame Moronval (Joséphine), âgée de vingt-trois ans, demeurant à Gentilly. — Cette dame est d'un bon tempérament. Elle n'a jamais eu de maladie grave ; elle a déjà eu trois enfants ; les trois accouchements ont été très heureux. Deux des enfants vivent ; le troisième a succombé à une affection cérébrale.

Elle devint de nouveau enceinte vers le 45 janvier 1856 (à en juger par le développement du fœtus, cette date est probablement erronée). Sa grossesse n'offrit rien de particulier pendant les trois premiers mois ; elle raconte qu'elle a éprouvé, au mois de février, une frayeur très vive causée par une troupe de gens masqués à l'époque du carnaval. Il y a trois semaines environ, elle s'aperçut que son ventre se développait d'une manière insolite. Ce développement acquit rapidement des proportions énormes ; et dans les huit derniers jours, le ventre était tellement volumineux qu'il dépassait de beaucoup le volume que lui aurait donné une grossesse à terme. Elle n'a jamais rien senti remuer. Elle souffrait beaucoup d'une constriction hypogastrique accompagnée de douleurs lancinantes dans la région utérine. La respiration était très gênée ; depuis dix jours elle avait été obligée de s'aliter. Effrayée de ces symptômes, elle avait appelé auprès d'elle son médecin, M. le docteur Vincenot, qui constata l'état suivant :

Le ventre était distendu par une tumeur globuleuse, dépassant de beaucoup l'ombilic et remontant jusqu'à la région épigastrique ; cette tumeur était indolore à la pression, mate dans toute son étendue, et offrant une fluctuation assez obscure. Le son intestinal s'entendait en haut et sur les côtés. Le col était flasque et se laissait traverser par le doigt, qui ne constatait aucun battement et arrivait directement sur la poche amniotique fortement tendue. A l'auscultation, on n'entendit pas les battements du cœur du fœtus. M. Desprès, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, appelé en consultation, constata les mêmes faits, et diagnostiqua, d'accord avec M. Vincenot, une hydropisie de l'amnios.

Les douleurs se déclarèrent dans la nuit du samedi au dimanche 15 juin. Le matin, le col présentait une dilatation de la grandeur d'une pièce de 5 fr. A midi, la poche amniotique se rompit spontanément et laissa échapper une énorme quantité d'eau. On s'aperçut aussitôt après que la femme perdait beaucoup de sang en partie liquide, en partie coagulé. Plusieurs caillots avaient le volume du poing. Tout ce sang s'échappa d'un coup, et l'hémorrhagie ne reparut pas. Le toucher permit de sentir les fesses de l'enfant, qui se présentait en position sacro-iliaque gauche.

A partir de ce moment, les douleurs furent très modérées. A cinq heures du soir, M. Vincenot, ayant égard aux symptômes

qu'avait présentés la femme dans les dernières semaines qui avaient précédé l'accouchement, à l'état de faiblesse où elle se trouvait et qui devenait de plus en plus marqué, à l'hémorrhagie considérable qui avait suivi la rupture de la poche amniotique, jugea prudent de terminer l'accouchement. Trois doigts furent introduits dans l'utérus et saisirent facilement les pieds. A peine ceux-ci étaient-ils amenés à la vulve, qu'une contraction énergique chassa la tête de l'enfant, masquée par des caillots sanguins et une énorme tumeur située à la région cervicale antérieure, tumeur dont les parois s'étaient rompues en avant. Une grande quantité de caillots sanguins fut expulsée en même temps. — La délivrance se fit un peu attendre. Le cordon, gros, gélatineux, se rompit aux premières tractions; il fallut aller chercher le placenta, qui offrait presque le double de son volume normal. La poche amniotique, considérablement développée, n'offrait rien de particulier. L'insertion du cordon était normale.

La femme se rétablit parfaitement.

L'examen de la poche fut fait séance tenante; mais la dissection du fœtus ne put être pratiquée que dix jours après.

Le fœtus avait 30 centimètres de long; son développement indiquait sept à huit mois. La peau était colorée en rouge violet. Il était évident que la mort remontait à une époque très rapprochée. La poitrine et l'abdomen furent ouverts. Tous les organes abdominaux étaient à leur place. Il en était de même des organes thoraciques. Le thymus était peu développé, et avait à peine la grosseur d'une forte amande. La trachée, bien conformée, se continuait avec le larynx normalement développé et surmonté d'un os hyoïde encore rudimentaire et séparé du bord supérieur du cartilage thyroïde par un intervalle de 2 centimètres $\frac{1}{2}$. Le corps thyroïde est normal. L'œsophage et le pharynx sont à leur place. Les nerfs et les vaisseaux n'offrent rien qui puisse être noté.

A la partie antérieure du cou existe une énorme tumeur offrant le volume d'une noix de coco. La paroi de cette tumeur fut largement déchirée à sa partie antérieure pendant l'accouchement. Voici quelles sont les limites de cette tumeur: En haut, elle descend du pourtour de la mâchoire inférieure, qui est flottante et comprise dans l'épaisseur de la paroi; le plancher de la bouche et la langue la limitent dans ce sens. En bas, elle descend jusqu'à la partie

moyenne du sternum ; il est probable que, quand elle était pleine, elle devait saillir fortement en avant du cou. — En arrière, elle repose sur les organes du cou, qui n'ont avec elle que des rapports de contiguité. En suivant la partie supérieure du plancher buccal, on fait facilement pénétrer un stylet dans le larynx et dans l'œsophage. Le pharynx est parfaitement libre. La tumeur est sous-cutanée et comprend toute la peau de la région mentonnière sous-hyoidienne et cervicale antérieure. La paroi est formée par la peau, sans altération aucune, mais largement distendue, sans amincissement appréciable. Au-dessous de la peau existe une membrane d'apparence séreuse, et de sa face interne partent des cloisons incomplètes, fortement adhérentes, de même nature que la membrane dont elles dépendent. Ces cloisons ne sont nulle part assez développées pour former à l'intérieur de la poche des cavités indépendantes. En suivant la paroi supérieure de la poche, formée, comme nous l'avons vu, par le plancher buccal, on arrive dans une espèce de cul-de-sac au-dessous de la muqueuse linguale, doublée par le lingual superficiel. Quant aux autres muscles linguaux, on en distingue à peine quelques fibres qui viennent se perdre dans les parois de la tumeur. La mâchoire inférieure, flottante dans les parois de la poche, est formée de deux pièces séparées sur la ligne médiane par un intervalle de deux travers de doigt. Chacune de ces pièces est ossifiée. Le tissu osseux, friable et mince, présente un aspect rayonné. L'échancrure sigmoïde est bien marquée, les condyles dessinés, et l'apophyse coronoïde mousse et peu saillante. Les condyles ne présentent pas de surface articulaire proprement dite ; ils sont dépourvus de cartilages et distants de plus de 2 centimètres de l'apophyse zygomatique.

Au moment du passage de la tête, une partie du contenu de la poche, formé par du sang liquide et des caillots, s'est échappée ; mais il reste encore cinq ou six caillots ayant le volume d'un œuf, et dont les uns sont mous, rouges, peu consistants, les autres fermes, blanchâtres, formés de fibrine presque exclusivement. C'est dans l'intérieur de ces derniers que se rencontrent cinq ou six petits corps durs, amorphes, évidemment constitués par du tissu osseux. Le plus gros de ces petits corps est placé au voisinage de la mâchoire, du côté droit ; il a le volume d'une aveline ; il est très dur, comme ébourné. Les autres sont beaucoup plus petits.

La poche, à part la large déchirure déjà notée, est complètement fermée, sans communication avec les organes et les vaisseaux voisins.

Les parotides sont bien développées. On distingue des vestiges de la glande sous-maxillaire droite. Quant à la gauche et aux glandes sublinguales, on n'en distingue pas de traces. Elles se sont probablement atrophiées par suite du développement de la tumeur.

Rapport de M. CHARRIER sur l'observation précédente.

Messieurs, vous m'avez fait l'honneur de me confier le rapport sur une pièce anatomique extrêmement curieuse, probablement unique dans la science, et que vous a présentée M. Blachez dans une de vos séances précédentes. Il s'agit d'une tumeur énorme qui siégeait à la partie antérieure du cou chez un fœtus de sept mois à sept mois et demi, et qui coïncidait avec une hydro-amnios chez la mère, ce qui arrive, du reste, assez souvent dans les cas de monstruosités fœtales.

Pendant le travail, au moment de la rupture de la poche des eaux qui étaient si abondantes que tout le lit fut inondé, la femme perdit une grande quantité de sang, mi-partie liquide, mi-partie formée de caillots de la grosseur du poing, puis l'hémorrhagie ne reparut plus. Le toucher permit alors seulement de sentir que c'étaient les fesses qui se présentaient en première position. Comme le travail se ralentissait, M. le docteur Vincenot, qui était le médecin de la malade, jugea prudent de terminer l'accouchement. A peine avait-il amené les pieds à la vulve qu'une contraction énergique expulsa la tête de l'enfant, qui était masquée par une grande quantité de caillots sanguins et par une tumeur considérable située à la partie antérieure du cou, tumeur qui s'était rompue pendant le travail, et qui avait donné lieu à l'hémorrhagie dont nous avons parlé.

La délivrance se fit un peu attendre : le cordon était gros, mou, gélatineux ; le placenta avait le double de son volume normal. Rien de semblable n'avait eu lieu dans les grossesses précédentes.

Voici maintenant ce que nous avons trouvé à la dissection qui ne fut faite qu'après la présentation à la Société anatomique. M. Blachez présentait cette tumeur comme une grenouillette

énorme et congénitale. Nous discuterons tout à l'heure cette opinion ; mais pour pouvoir se décider sur la nature de la tumeur, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails anatomiques.

Le fœtus avait 30 centimètres de long. Son développement indiquait qu'il devait avoir de sept mois à sept mois et demi de gestation. La peau était violette ; il était évident que la mort datait d'une époque très rapprochée.

La poitrine et l'abdomen furent ouverts, car il était très important de connaître l'état des viscères ; il fallait être parfaitement sûr des limites de la tumeur pour bien savoir quel était son siège, et aux dépens de quel organe elle s'était développée. Tous les organes des deux cavités étaient parfaitement à leur place ; le thymus seul était peu développé, de la grosseur d'une amande.

La trachée faisait suite au larynx. L'os hyoïde était rudimentaire, et éloigné de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ du cartilage thyroïde. Les nerfs et les vaisseaux sont à leur place, et n'offrent rien d'anormal.

Maintenant voici les limites de la tumeur. Lorsqu'on rapproche les bords de la rupture, on voit que la tumeur avait la grosseur d'une noix de coco. En haut, elle descend du pourtour de la mâchoire inférieure qui est flottante et comprise dans l'épaisseur de la paroi. Si l'on introduit son doigt et si l'on suit la paroi supérieure, on arrive dans un cul-de-sac antérieur dont la paroi est constituée par la muqueuse linguale doublée d'une petite couche musculaire ; c'est exactement comme un doigt de gant. Ce cul-de-sac va jusqu'à la pointe de la langue. Toute la paroi antérieure est formée par la peau des régions mentonnière, sous-hyôïdienne et cervicale antérieure. La peau n'a subi aucune altération. En passant sur la langue, on parvient aisément dans l'arrière-bouche, constituée normalement.

La mâchoire inférieure dissociée forme avec la peau la paroi latérale. Le tissu osseux est friable et mince. Les condyles ne présentent pas de surface articulaire ; ils sont distants de plus de 2 centimètres de la base de l'apophyse zygomatique.

Il reste encore quelques caillots dans cette tumeur qui contiennent, les uns de la fibrine pure, les autres quelques petits corps durs, amorphes, qui sont évidemment du tissu osseux. On distingue les vestiges de la glande sous-maxillaire droite ; quant à la gauche et aux glandes sublinguales, il n'en reste aucun vestige :

probablement le développement de la tumeur les a atrophiées.

La paroi interne de la tumeur a l'apparence d'une séreuse.

Les kystes du cou ont été l'objet de travaux assez nombreux. Boyer parle d'une tumeur enkystée contenant un liquide jaunâtre, visqueux, et qui était située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, sur la membrane qui les unit derrière le muscle thyro-hyoïdien et le peaucier. M. Maunoir a décrit sous le nom d'*hydrocèle du cou* des kystes qui peuvent acquérir un volume énorme (Genève, 1825, *Mémoire sur l'hydrocèle du cou*). Mais la plupart du temps, ces kystes se développent sur la partie latérale gauche du cou, et ces deux auteurs ne parlent pas du tout de *tumeurs semblables congénitales*. Mais c'est surtout en Allemagne et en Angleterre que ces kystes congénitaux ont été étudiés : Hawkins, Ebermayer, Volshers, Wutzer, ont publié plusieurs observations de kystes situés à la région cervicale. Plus récemment, M. le docteur Lorain a publié dans la *Gazette médicale*, 1855, un travail où il relate plusieurs observations de kystes du cou, mais il s'agissait de kystes séreux situés sur les parties latérales du cou au-dessous des muscles sterno-mastoldiens, et contenant un liquide d'apparence séreuse. Ces kystes n'ont donc que des rapports éloignés avec celui qui nous occupe. Il en est de même de celui qui a été observé par M. le docteur Broca (*Archives*, 1852).

Le fait qui se rapproche le plus de celui que nous avons rencontré est consigné dans un travail de M. Joseph Gilles (*De hygromatis cysticis congenitis*), publié à Rome en 1852. Dans ce travail, M. Gilles donne l'observation d'un enfant qui portait à la partie antérieure du cou un kyste contenant de la bouillie visqueuse, quelques corps fibreux, et des débris d'os qui furent reconnus pour des dents. En naissant, ce kyste avait le volume d'un œuf ; à vingt mois, le volume des deux poings. Il fut opéré plusieurs fois par le docteur Wutzer, et l'enfant guérit.

Le fait de M. Jonde me paraît être le cas d'un kyste qui rentre-rait dans la catégorie des monstres par inclusion, puisque l'on a retrouvé une base de crâne.

Il n'y a donc, comme on le voit, que peu d'analogie entre tous ces faits et celui qui nous occupe. Mais dans aucun il n'est question d'une tumeur kystique développée dans l'intérieur même de la langue ; tous les organes environnants étaient sains. Il n'y a

pas, nous le croyons du moins, de cas analogues dans la science : tous les autres faits étaient des cas de monstruosité par inclusion.

Quant au nom de *grenouillette* que M. Blachez a voulu donner à cette tumeur, il faut définir ce que l'on entend par ce mot. Si l'on entend par grenouillette, comme on le veut généralement maintenant, un kyste séreux se développant sous la langue, dans le conduit de Wharton, et pouvant aussi se développer ailleurs, oui, c'est une grenouillette, car le conduit de Wharton n'était nullement le siège du kyste dont nous avons rendu compte. Nous aurions préféré le nom de *kyste séreux* développé dans le parenchyme même de la langue. Le développement très rapide de la tumeur explique très bien l'écartement des deux branches du maxillaire inférieur, et la rupture de quelques vaisseaux qui a été l'origine des caillots que nous avons retrouvés dans le kyste.

Les petits noyaux osseux étaient probablement destinés à former la partie moyenne du maxillaire inférieur.

Nous avons aussi parcouru tous les traités spéciaux, et nous n'avons absolument rien trouvé qui se rapportât à notre sujet, si ce n'est la fréquente coïncidence de l'hydro-amnios avec une monstruosité fœtale.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ; AUTOPSIE. — Observation par
M. DUMONT-PALLIER, interne des hôpitaux.

A la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 44, service de M. Velpeau, est entrée, le 7 septembre 1855, la nommée Avis (Julie), âgée de trente-quatre ans, couturière.

Cette femme se plaint de douleurs vives dans le ventre et d'impossibilité d'uriner. Les organes compris dans le petit bassin paraissent être le siège des symptômes inflammatoires que présente la malade. Le toucher vaginal est fort douloureux ; il permet cependant de constater qu'il existe dans le petit bassin deux tumeurs, l'une antérieure à l'utérus, tumeur molle, fluctuante, mal limitée à cause de sa grande étendue, et qui paraît formée par la vessie distendue. La seconde tumeur, postérieure à l'utérus, est d'un volume considérable, de forme arrondie dans les parties que peut

atteindre le doigt : c'est au lieu de cette tumeur que la malade accuse les plus vives douleurs.

La matrice semblait donc comprimée par ces deux tumeurs, qui s'étendaient aussi de chaque côté de la matrice. Le doigt, introduit dans le vagin, ne pouvait porter l'utérus ni en avant ni en arrière, et une pression un peu forte sur le col utérin était très douloureuse. Le toucher rectal ne put être convenablement pratiqué, à cause de la trop grande douleur qu'il faisait éprouver à la malade.

Avis n'avait point uriné depuis la veille. Elle fut sondée, et la vessie une fois vide, si l'on cherchait à faire mouvoir la matrice, on ne pouvait y réussir. On sentait qu'elle était immobilisée par sa paroi postérieure. Depuis quelques jours la malade avait un écoulement vaginal fétide et sanguinolent, et se plaignait de diarrhée depuis une quinzaine de jours. Les garderobes étaient toujours douloureuses. Avis se plaignait de beaucoup souffrir, et sa figure pâle et grippée attestait de profondes souffrances.

L'écoulement fétide et sanguinolent par le vagin, en même temps que des symptômes inflammatoires dans le petit bassin, conduisaient tout naturellement à penser que la matrice ou ses annexes pouvaient être le siège du mal. Et dans le cas où l'examen de ces parties ne rendrait point compte des phénomènes observés, il faudrait encore chercher dans le voisinage de la matrice la cause de l'écoulement vaginal ; car cet écoulement par le vagin ne pouvait avoir pour point de départ qu'une partie voisine du vagin.

1° La première question à résoudre était de savoir si Avis pouvait être enceinte. Elle nous apprit que depuis cinq mois (avril 1855) elle n'avait point eu ses règles, et que, dans les premiers jours de mai, elle a eu des envies de vomir, des digestions difficiles. Ce sont là des signes rationnels de toute grossesse normale ; mais les signes physiques manquent : en effet, le col utérin n'est point ramolli, l'utérus n'a point augmenté de volume. Le col est parfaitement circonscrit par le toucher : on ne peut introduire le doigt dans le museau de tanche, dont les lèvres sont dures.

2° Serait-ce une tumeur fibreuse qui serait la cause de l'écoulement sanguinolent et fétide ? Mais une tumeur fibreuse, tout en augmentant le volume de l'utérus (ce qui n'a pas lieu ici), permet encore une certaine mobilité du col utérin, et quand il y a des corps fibreux, il est rare que leur présence s'accompagne de

symptômes inflammatoires. Les corps fibreux de la matrice se développent lentement, les organes environnants s'habituent à leur présence; grand nombre de femmes les portent sans s'en apercevoir: il n'y a point de douleur; l'hémorrhagie seule de l'utérus appelle l'attention de la malade et du médecin: de plus, les corps fibreux n'ont point pour conséquence la suppression des règles; au contraire ils en augmentent souvent la quantité et la durée.

3° On ne peut s'arrêter à l'idée d'un cancer de l'utérus; car le corps utérin ne devient cancéreux que consécutivement au col, et le col, avons-nous dit, est intact.

4° Il y a tumeur en arrière de l'utérus et symptômes inflammatoires dans le petit bassin: est-ce un phlegmon péri-utérin ou une hématoçèle rétro-utérine enflammée?

Les phlegmons péri-utérins ne s'observent guère que chez les femmes récemment accouchées; la dernière couche de cette femme remonte à cinq ans, et il n'y a que quelques mois que la malade se plaint de douleurs dans le petit bassin. Nous savons que dans ces derniers temps on s'est beaucoup occupé des phlegmons péri-utérins en dehors de l'état puerpéral; mais, quand ils existent, le plus souvent les règles sont augmentées, et chez notre malade elles sont complètement supprimées depuis cinq mois.

5° Est-ce une hématoçèle rétro-utérine enflammée? Peut-être; car le mal a débuté tout à coup, et s'est accompagné de douleurs dans le petit bassin, douleurs qui se sont répandues dans tout l'abdomen; puis, peu à peu, le mal s'est limité ainsi que la douleur, une tumeur rétro-utérine a été reconnue, et cette tumeur paraît être le siège de secousses inflammatoires qui s'irradient plus ou moins dans l'abdomen pour se limiter de nouveau au siège de la tumeur.

Comme dans le cas d'hématoçèle rétro-utérine, l'écoulement vaginal et la diarrhée fétide de notre malade peuvent être rapportés à des ouvertures spontanées de l'hématoçèle dans le vagin et dans le rectum. Mais, dans le cas d'hématoçèle, s'il y a irrégularité et douleur aux époques menstruelles, il n'y a point, dans la majorité des cas, suppression complète des règles; au contraire, elles peuvent être plus abondantes et plus douloureuses, et c'est surtout aux époques menstruelles que se manifestent les secousses inflammatoires que l'on observe dans l'abdomen, et qui ont pour point

de départ la tumeur rétro-utérine. Chez notre malade, pendant les quatre mois qu'elle a passés dans la salle Sainte-Catherine, il ne nous a pas été possible de rattacher les secousses inflammatoires aux époques des règles, qui étaient complètement supprimées.

6° Est-ce enfin à une grossesse extra-utérine, siégeant dans le cul-de-sac rétro-utérin et dont le kyste se serait enflammé après la mort du fœtus (inflammation qui aurait eu pour résultat l'élimination des débris fœtaux), que l'on doit rattacher les symptômes observés chez Avis ?

L'absence complète des règles depuis neuf mois (avril 1855), les envies de vomir et les appétits bizarres seraient à l'appui d'une grossesse ; l'état normal du col est un signe négatif dans le cas de grossesse utérine normale ; mais, dans le cas de grossesse extra-utérine, cet état normal a été plusieurs fois rencontré. De plus, la diarrhée et les pertes sanguinolentes fétides seraient alors la conséquence d'ouvertures de communication entre le kyste fœtal, le rectum d'une part et le vagin d'autre part. Le toucher rectal, avons-nous dit, était très douloureux, et le doigt, introduit dans l'ampoule rectale, reconnaît des altérations organiques d'inflammation chronique.

Nous devons noter que, dans les alèzes qui garnissaient le lit de la malade, on a observé deux fois des fragments de membranes altérés par les matières fécales. Ces détritits membraneux étaient noirs et d'une fétidité de putréfaction. On pensa alors que ces débris pouvaient appartenir à un fœtus mort depuis une époque plus ou moins éloignée. Telle était l'opinion de M. Velpeau. La femme ne fut jamais soumise à l'examen du spéculum, et le toucher vaginal, pratiqué à plusieurs reprises, ne fit jamais reconnaître de fistule vaginale ni aucune altération spéciale du vagin, bien que, dans le dernier mois (novembre et décembre), il servît de passage à l'écoulement d'un liquide sanieux et fétide qui avait remplacé l'écoulement vaginal sanguinolent.

Nous avons déjà dit que deux fois, pendant son séjour à l'hôpital, dans les mois de septembre et d'octobre, la femme Avis avait eu des accidents inflammatoires aigus se propageant à toute la cavité abdominale : pouls fréquent, petit, envies de vomir, vomissements, ballonnement du ventre, ventre très douloureux. Deux fois ces accidents, dus à la péritonite, avaient été calmés par des applications

de sangsues, des vésicatoires volants à l'hypogastre et des frictions mercurielles.

Le 5 décembre 1855, notre malade fut de nouveau prise de violentes douleurs dans le ventre, d'envies de vomir et de vomissements bilieux. Le pouls était fréquent et petit. Un large vésicatoire calma ce nouvel orage; mais, épuisée par les douleurs, la diarrhée et l'écoulement vaginal, Avis s'affaiblit rapidement, la poitrine s'embarrassa, la respiration devint difficile, et notre malade mourut le 10 décembre 1855.

Autopsie. — Le ventre fut ouvert avec soin au moyen d'une incision cruciale dont les deux parties se coupaient au niveau de l'ombilic. Dans toute son étendue, le péritoine présentait des traces d'inflammations récentes et anciennes. Adhérences et vascularisation considérable, sérosité citrine, et par places dépôts pseudo-membraneux. Le grand épiploon relevé et rejeté sur la paroi antérieure du colon transverse et de l'estomac, il était facile de constater que la masse du petit intestin insérée sur le mésentère avait conservé des rapports normaux. Rejetée à droite, la masse intestinale laissait apercevoir les rapports des organes contenus dans l'excavation pelvienne. Sur la ligne médiane, symphyse pubienne, vessie, fond de la matrice, entre la matrice et la vessie, cul-de-sac utéro-vésical; mais, en arrière de la matrice, le cul-de-sac utéro-rectal n'existait plus et était comblé par une tumeur dont les limites et les rapports seront décrits ultérieurement. En arrière de cette tumeur se voyaient la terminaison de l'S iliaque du colon et le rectum avec le méso-rectum. De chaque côté de la ligne médiane, rapports normaux des organes compris dans les fosses iliaques. A droite, cœcum et dernière portion de l'iléon, et l'ovaire, dont on ne voyait qu'une faible portion. A gauche S iliaque du colon et ovaire droit qui plongeait dans l'excavation pelvienne en s'adossant à la partie latérale gauche de la tumeur recto-utérine. Disposition normale du ligament large du côté droit; tandis qu'à gauche le ligament large correspondant paraissait adhérent à la tumeur située entre le rectum et l'utérus.

Sur la ligne médiane, au niveau de l'angle de réunion de la paroi postérieure de la matrice et de la paroi antérieure du rectum, existait une déchirure opérée par la traction maladroite de l'S

iliaque à l'endroit où commence le rectum. Cette déchirure conduisait dans une cavité qui avait les limites suivantes :

En avant, la paroi postérieure de la matrice ;

En arrière, la paroi antérieure du rectum ;

Sur les parties latérales, les replis recto-utérins, les trompes, les ovaires et leurs ligaments, et de plus des adhérences d'ancienne formation qui complétaient latéralement et supérieurement une cavité qui était limitée en bas par le cul-de-sac recto-utérin et la portion supérieure et postérieure du vagin.

Cette cavité ou kyste de formation ancienne, et qui présentait à sa périphérie les traces d'une inflammation chronique, était de forme assez régulièrement ovalaire, et de capacité à contenir un très gros œuf de poule. La direction de cette cavité était celle de la paroi postérieure de la matrice, qui avait conservé son axe normal. Cette cavité, dont on agrandit la déchirure supérieure et médiane, était remplie de matières fécales et de détritux organiques parmi lesquels on reconnaissait des tissus membraneux en voie de décomposition et des os appartenant à un fœtus. — Les os qui frappèrent d'abord notre attention furent ceux de la tête. L'énumération et la description des pièces du squelette trouvées dans ce kyste fœtal seront données ci-dessous. — Il n'y avait plus de doute. Nous avions sous les yeux une pièce anatomo-pathologique de grossesse extra-utérine. Pour compléter la description du kyste et ses rapports avec les organes qui l'avoisinaient, nous fîmes une coupe médiane comprenant la division de la symphyse pubienne, l'ouverture de la vessie, du canal de l'urèthre et de la paroi antérieure du vagin. La paroi antérieure de la matrice fut aussi divisée sur la ligne médiane ; puis après avoir détaché avec précaution les organes du petit bassin des parties molles et fait une section des branches pubiennes et ischiatiques, nous pûmes diviser l'intestin rectum par sa paroi postérieure. Voici ce que cette coupe nous permit de constater :

1° *Vessie et urèthre* dans un état normal.

2° *Vagin*, paroi postérieure, vascularisation considérable de la muqueuse ; point d'ulcération ; mais sur la ligne médiane, et à 1 centimètre $\frac{1}{2}$ du cul-de-sac vaginal postérieur, une ouverture fistuleuse, circulaire, comme taillée à l'emporte-pièce, fistule communiquant avec le kyste fœtal ; ce qui rend parfaitement compte

de l'écoulement fétide que l'on avait observé par le vagin.

3° *Col utérin* normal, de petit volume, nullement ramolli, parois non épaissies ; orifices externe et interne du col utérin libres ; parois de la matrice de volume ordinaire ; cavité de la matrice mesurant seulement 5 centimètres à partir de l'orifice utérin du col ; muqueuse utérine parfaitement normale ; ouverture des trompes parfaitement libre, ce que prouve le cathétérisme fait avec des stylets d'Anel.

4° *Ovaires et trompes*. — La trompe du côté droit perméable dans toute son étendue ; pavillon de la trompe adhérent à l'ovaire, qui lui-même offre le volume normal et se rattache à l'utérus par son ligament et vient se mettre en rapport avec la paroi latérale droite du kyste fœtal.

La trompe du côté gauche, aussitôt après avoir quitté l'utérus, passe au-dessous d'une adhérence anormale qui accole le bord inférieur de l'ovaire à l'utérus et vient tomber en se dilatant (avec son pavillon) sur la paroi latérale gauche du kyste. En disséquant la trompe gauche, nous avons trouvé qu'elle était perméable dans toute son étendue et qu'elle était dilatée dans tout son tiers externe de façon à pouvoir loger en cet endroit une plume d'oie. Les parois de la trompe au niveau de la dilatation étaient épaissies, et la muqueuse de la trompe en cet endroit présentait les traces d'inflammation chronique, vascularisation augmentée et coloration grisâtre de la muqueuse. De plus, la partie dilatée de la trompe s'ouvrait directement dans le kyste fœtal, et venait, pour ainsi dire, s'y aboucher par un orifice béant. L'ovaire gauche n'était point hypertrophié, et était adhérent à la paroi gauche du kyste fœtal.

5° *Rectum*. — Le rectum étant ouvert par sa face postérieure, on constatait qu'il avait été le siège d'une inflammation de vieille date, et l'on trouvait, à 48 centimètres à peu près de l'ouverture anale, c'est-à-dire au-dessus de l'ampoule rectale, une ouverture de la grandeur d'une pièce de 2 francs, de forme ovale, à grand diamètre vertical, à bords lisses, recouverts de la muqueuse intestinale, de teinte grisâtre.

Cette ouverture communiquait directement et largement avec le kyste fœtal, ce qui explique la présence des matières fécales dans le kyste, d'une part, et les détritits membraneux qui avaient été rendus par l'anus.

6° *Cavité fœtale*. — Cette cavité, de forme ovale, et dont nous avons déjà donné les limites et les rapports avec les organes voisins, avait de 12 à 15 centimètres dans son plus grand diamètre, qui était vertical, et 7 à 8 centimètres seulement dans son diamètre transversal. Toute la cavité était tapissée d'une membrane analogue aux muqueuses affectées d'inflammation chronique ; sa teinte générale était grisâtre après avoir été lavée ; elle présentait, à la partie supérieure de la paroi postérieure, l'ouverture de communication avec le rectum, et à sa partie inférieure son ouverture fistuleuse avec le vagin. De plus, deux os du squelette, un péroné et un tibia, sont restés accolés à la paroi antérieure de cette cavité.

Les parois correspondantes du rectum et de l'utérus faisaient partie intégrante des parois du kyste.

Ces faits établis, reste à déterminer à quelle variété de grossesse extra-utérine doit être rapportée celle qui fait le sujet de cette observation.

Nous croyons devoir éliminer d'abord toutes les variétés qui se rapportent à l'utérus et à l'ovaire.

Restent donc deux variétés principales : la grossesse tubaire et la grossesse péritonéale.

Il n'est point probable que la grossesse extra-utérine ait été tubaire, car la trompe gauche n'offre point un développement suffisant pour admettre cette variété. Tout au plus pourrait-on penser que l'ovule fécondé se serait d'abord greffé sur le pavillon de la trompe, puis serait tombé avec la trompe dans le cul-de-sac recto-utérin lorsque l'œuf aurait acquis un certain développement. Mais ce serait là une variété de grossesse extra-utérine mixte, à laquelle on pourrait donner le nom de grossesse extra-utérine tubo-péritonéale.

N'est-il pas plus naturel de penser que l'ovule fécondé est tombé dans le cul-de-sac recto-utérin, s'est greffé en cet endroit, et a permis au fœtus de se développer sur cette portion du péritoine jusqu'au quatrième ou cinquième mois, comme cela peut être établi d'après les dimensions du squelette ?

Énumération des différentes pièces du squelette fœtal trouvées dans la cavité anormale. — 2 frontaux avec leur arcade sourcilière et la portion frontale de l'orbite ; les frontaux ont 2 centi-

mètres de hauteur à partir de l'arcade sourcilière. 2 pariétaux dont le plus grand diamètre a 3 centimètres. 1 temporal, 2 centimètres de diamètre vertical. 2 fémurs, 2 centimètres de longueur. 2 tibias, 2 péronés, 2 centimètres de longueur. 1 clavicule qui a 2 centimètres, et dont la double courbure en S est parfaitement marquée. Plusieurs côtes.

Nous n'avons point trouvé les os du bras et de l'avant-bras, non plus que les os du bassin. Point de vertèbres.

Notons que nous n'avons trouvé aucun vestige de placenta dans la cavité ou kyste fœtal.

OSTÉOSARCOME DU FÉMUR ; CACHEXIE CANCÉREUSE. AUTOPSIE, EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Observation par M. DUMONT-PALLIER.

Victor Geleedtz, âgé de vingt-trois ans, malade depuis un an environ, entre à l'hôpital de la Charité le 30 mars 1853, service de M. Velpeau. Geleedtz est venu à Paris il y a dix-huit mois pour y exercer sa profession d'horloger. A l'âge de onze ans, ce jeune homme a eu un rhumatisme articulaire aigu qui a envahi plusieurs articulations. L'affection rhumatismale a duré trois mois au dire du malade, et pendant six mois, il y a eu des palpitations de cœur. Depuis l'âge de douze ans jusqu'à sa vingt-deuxième année, Geleedtz s'est assez bien porté. Le malade raconte qu'il y a un an il éprouva des douleurs dans la cuisse gauche, douleurs qui s'irradiaient dans tout le reste du membre inférieur. Cette douleur disparut au bout de quelques jours, mais bientôt elle reparut plus vive et plus tenace. La marche cependant était possible. Un médecin pensa que les douleurs étaient dues à une sciatique, et traita le malade par des vésicatoires que l'on pensait avec de la morphine. En août 1854, le malade s'aperçut que sa cuisse augmentait de volume, et cela dans le tiers supérieur. Le 7 août, Geleedtz se décida à consulter M. Velpeau. La marche était alors impossible, et le malade se servait de béquilles. M. Velpeau reconnait qu'il existe une tumeur fusiforme de la moitié supérieure du fémur.

Prescription : Iodure de fer.

Vésicatoires volants *loco dolenti*.

Frictions résolutives : iodure de plomb.

Le malade dit avoir suivi exactement le traitement prescrit pendant quatre mois. Mais la tumeur augmentait de volume ; la marche, aidée des béquilles, devenait de plus en plus difficile ; le malade n'osait plus s'appuyer sur le membre malade. La douleur était moindre à cette époque, prétend le malade.

Ce fut le 4 décembre 1854 que Geleedtz se présenta de nouveau à la consultation de M. Velpeau. Le malade peut à peine se soutenir sans béquilles. La tumeur avait augmenté de volume. Le malade accusait alors des douleurs lancinantes dans sa tumeur ; mais ces douleurs n'étaient point continues. Cancer ?

Prescription : Proto-iodure de mercure.
Pilules de semences de ciguë.
Pommade iodure de plomb.
Bains alcalins.

27 mars 1855. Développement considérable de la tumeur. Constitution fortement ébranlée. M. Velpeau voit le malade chez lui, et ne doute plus qu'il ait affaire à un cancer. L'amputation est la seule ressource. Le malade consent à l'amputation, et doit entrer à l'hôpital.

29 mars. Œdème de la paupière supérieure du côté gauche avec rougeur diffuse. Disparition spontanée de l'œdème au bout de vingt-quatre heures.

30 mars. Entrée du malade à l'hôpital. Faiblesse extrême. Amaigrissement considérable. Anémie. Teinte jaunâtre de la face. Bruit de souffle carotidien.

Paupière supérieure encore un peu rouge. Mouvements incomplets de la paupière et du globe oculaire. Diplopie du côté gauche.

M. Velpeau diffère l'opération.

Aspect de la tumeur. — Cette tumeur occupe plus de la moitié supérieure de la cuisse. Tumeur fusiforme renflée vers le milieu de son grand diamètre, s'amincissant plus en bas qu'en haut.

La tumeur occupe le centre de la cuisse ; elle est dure, bosselée, fixe, faisant corps avec le fémur. On croirait que le fémur est considérablement hypertrophié dans son épaisseur.

La tumeur a 30 centimètres de circonférence dans sa partie la plus renflée, et 20 centimètres de longueur. Elle paraît limitée, en haut au niveau du petit trochanter, en bas à la réunion du tiers

inférieur avec le tiers moyen du fémur. Point de fluctuation appréciable en aucun point de la tumeur. La tumeur ne paraît ramollie en aucun endroit. Elle est dure partout ; dureté lardacée. Elle comprend toute l'épaisseur de l'os. Elle a un peu la figure du spina-ventosa, mais n'offre point à la pression le craquement parcheminé. Il n'est point possible de la déprimer en aucun endroit. C'est bien une tumeur concrète, solide, d'une égale résistance partout. C'était le fémur (au dire de M. Velpeau) qui était gros il y a sept ou huit mois.

Nous avons vu que le proto-iodure de mercure et les pilules de ciguë n'ont point ralenti la marche de la tumeur.

En attendant l'amputation, tisane de houblon et iodure de potassium, 4 gramme.

6 avril 1855. Abscès de la joue, côté gauche. Il y avait déjà eu un abcès semblable du côté droit, qui s'était ouvert spontanément dans la cavité buccale.

7 avril. Point de côté à gauche dans le sixième espace intercostal, en dehors de la région du cœur. Crachats abondants, semblables, quant à la couleur et à l'odeur, à ceux que l'on observe dans la gangrène du poumon. Auscultation : bruit de souffle dans une grande étendue des deux poumons ; point de gargouillement aux sommets, point d'égophonie. Fièvre. Pouls à 84-92. Coloration des pommettes. Point de sang dans les crachats. Persistance de cet état, six jours. Persistance des mêmes crachats et du même bruit dans la poitrine ; moins de crachats, plus de point de côté.

13 avril. On suspend l'iodure de potassium, et chaque soir jusqu'au 24 avril, on donne une pilule de cynoglosse dans le but de procurer un peu de repos.

24 avril. Épistaxis. Fièvre le soir. Affaiblissement de plus en plus grand. *Intelligence intacte*. Point de paralysie des membres ; point de paralysie de la langue. Le malade soulève assez bien la paupière supérieure gauche, et porte le globe oculaire correspondant dans toutes les directions sans trop de difficulté.

Fièvre continue du 12 au 20 mai, avec recrudescence le soir.

14 mai. Nouvel abcès à la joue gauche. Diarrhée. Délire *intermittent* à certaines heures de la journée.

Fièvre.

Les jours suivants, le délire se prononce davantage ; il survient

fréquemment et cesse par intervalles. Alors le malade paraît sortir d'un rêve, et répond nettement aux questions qu'on lui avait inutilement adressées un moment auparavant.

La paupière supérieure gauche s'affaisse par moments, et c'est avec difficulté que le malade la relève.

Le 22 mai, la fièvre et le délire sont continus ; la respiration devient haletante ; bientôt le malade ne peut plus cracher. Le soir, Geleedtz ne répond plus à nos questions, et le 23 mai, à sept heures du matin, la mort arrive sans qu'il y ait eu de secousse ultime.

(Notons que le père de Geleedtz était mort à cinquante ans d'une pleurésie. Sa mère est bien portante. Un de ses frères est mort à dix-sept ans de la poitrine (phthisie). Sœurs bien portantes.)

Autopsie. — Crâne : Tumeurs multiples et de volume variable sur la surface externe du crâne ; non adhérentes au cuir chevelu ; dures, mais dépressibles à la pression.

À la surface interne du crâne, *tumeurs* multiples et de volume variable, les unes adhérent à la dure-mère, les autres n'adhérant pas. *Moins dures* que celles qui forment saillie sous le cuir chevelu. Quelques-unes en voie de ramollissement.

Point de départ de ces dépôts cancéreux, le diploé des os du crâne.

Tumeur cancéreuse de la grosseur d'une bille d'agate dans la fosse temporale, côté gauche, ayant son point de départ dans la base du rocher, ayant envahi la dure-mère, et n'étant séparée du cerveau que par la pie-mère.

Tumeur cancéreuse ramollie à la base de l'apophyse d'Ingrasias, comprimant les organes qui passent dans la fente sphénoïdale.

Toutes les tumeurs cancéreuses situées en dehors de la dure-mère, laquelle commence à être envahie dans plusieurs points, correspondent aux dépôts cancéreux des os du crâne.

Masse cancéreuse fusiforme divisée en deux parties : l'une supérieure, petite ; l'autre inférieure, volumineuse et dure. Une membrane divisait ces deux tumeurs.

Articulation ilio-fémorale intacte. Fracture du fémur au niveau de la division des deux tumeurs. Cancer recouvert par les muscles étalés. Artère intacte.

À la coupe de la tumeur, le bistouri rencontre le tissu osseux. Point de masse ramollie dans la grosse portion de la tumeur. La

petite portion est entièrement ramollie. Substance lardacée mêlée au cancer.

Cerveau. Peu de sérosité. Point d'injection. Point de dépressions persistantes.

Cavité thoracique. Cœur pâle, traces de péricardite, dépôts blanchâtres. Poumons farcis de substance grise. Point de cavernes, point de tubercules ramollis. Plèvre, côté gauche : dépôts cancéreux multiples.

Cavité abdominale. Rien dans le foie, la rate et les reins. Rien dans l'intestin, les ganglions mésentériques, les testicules, la vessie, ni dans la prostate.

Le microscope a montré la cellule cancéreuse dans les tumeurs du crâne, la tumeur du fémur, et dans les dépôts sous-pleuraux. Cet examen a été fait par MM. Broca et Robin.

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE DU CÔTÉ GAUCHE appartenant à un fœtus à terme qui n'a point respiré. — *Disposition anormale de quelques-uns des viscères abdominaux et thoraciques ayant pour cause la solution de continuité du diaphragme*, par M. DUMONT-PALLIER.

La cloison musculuse et aponévrotique qui sépare la cavité abdominale de la cavité thoracique présente à gauche une large ouverture permettant à plusieurs viscères abdominaux de faire hernie dans la cavité thoracique correspondante.

Pour mieux faire comprendre le siège de la solution de continuité et la disposition des viscères herniés à travers l'ouverture diaphragmatique, nous donnerons : 1° la description du diaphragme ; 2° les rapports des viscères contenus dans la double cavité thoraco-abdominale.

1° *Description du diaphragme.* — Les piliers droit et gauche du diaphragme ont leur position normale, partant l'un de la quatrième vertèbre lombaire, l'autre de la troisième vertèbre lombaire, pour monter parallèlement, échanger des fibres musculaires, et enfin former en s'entrecroisant l'ouverture aortique.

Le pilier droit se divise au-dessous et en avant de l'ouverture

aortique en deux portions musculo-aponévrotiques qui circonscrivent l'ouverture œsophagienne.

Tout le côté droit du diaphragme et sa portion médiane sont normalement disposés.

La portion postérieure offre les deux ligaments cintrés du psoas et du carré des lombes.

La portion antéro-latérale s'insère à la base de l'appendice xiphoïde et à la face postérieure des six dernières côtes.

Du même côté, et à sa place normale, se trouve l'ouverture aponévrotique de la veine cave inférieure.

Le diaphragme est donc normalement disposé dans sa portion droite.

Quant à la portion gauche, siège de la hernie, elle offre la disposition suivante :

Le pilier gauche, après avoir formé l'un des côtés de l'ouverture aortique, se réunit à la portion correspondante du pilier droit pour former la partie gauche de l'ouverture œsophagienne ; alors les fibres musculaires du pilier gauche se réunissent à celles du foliole médian pour s'insérer à la base de l'appendice xiphoïde et à la face postérieure des cartilages des sixième, septième, huitième, et à la partie la plus interne seulement du cartilage de la neuvième côte.

A la neuvième côte s'arrête l'insertion antéro-latérale du diaphragme ; la foliole diaphragmatique gauche manque complètement, ainsi que le ligament cintré externe. On ne retrouve plus que le ligament cintré interne gauche qui s'insère au corps de la seconde vertèbre lombaire et à l'extrémité de l'apophyse transverse de la même vertèbre ; et les fibres musculaires du centre interne, ne pouvant s'étendre en éventail pour aller rejoindre le foliole gauche qui n'existe point, se dirigent *en haut et en dedans* pour se confondre avec la portion supérieure du pilier gauche.

La portion gauche du diaphragme se trouve ainsi réduite à une languette ou pont musculaire de forme triangulaire, dont la base s'insérerait à l'appendice xiphoïde et aux cartilages des sixième, septième et huitième côtes, et dont la pointe allait rejoindre les piliers gauche et droit au niveau de l'ouverture œsophagienne.

D'après cette description, on voit que l'ouverture herniaire est formée par l'absence du foliole gauche et des fibres musculaires

qui s'insèrent, d'une part aux cartilages des dixième, onzième et douzième côtes, d'autre part au ligament cintré externe.

2° *Rapports des viscères* — Si pour bien étudier ces rapports on fait par la pensée une coupe triangulaire ayant son sommet aux articulations sterno-claviculaires et sa base sur une ligne transversale dont les deux extrémités reposeraient sur les épines iliaques antéro-supérieures droite et gauche (en ayant soin toutefois de conserver les insertions diaphragmatiques aux cartilages costaux et à l'appendice xiphoïde, on voit :

Dans la cavité abdominale : 1° Que le foie, d'un volume considérable, occupe tout l'hypochondre du côté droit, la fosse iliaque correspondante, et envoie un lobe supplémentaire dans la cavité thoracique à travers l'ouverture diaphragmatique ;

2° Que tout l'intestin grêle est rejeté à gauche et en haut vers l'ouverture diaphragmatique ;

3° Que le gros intestin manque dans la fosse iliaque droite, et se trouve en avant, puis à gauche de la masse du petit intestin.

Dans la cavité thoracique, on remarque : 1° A droite, une voussure du diaphragme qui remonte jusqu'à la troisième côte, et qui est due au développement considérable du foie ; à droite et en haut, le poumon droit qui n'a pas respiré.

2° Sur la ligne médiane, le thymus et le péricarde.

3° A gauche, le poumon gauche, le péricarde, le lobe supplémentaire du foie, qui est situé entre le péricarde d'une part, et d'autre part entre le poumon et l'estomac hernié.

On trouve de plus à gauche dans la cavité thoracique : l'estomac tout entier, la rate, une portion du gros intestin, et une certaine quantité de l'intestin grêle.

De ces différentes parties, quelques-unes méritent une description particulière ; ce sont : le foie, l'estomac, le poumon du côté gauche, et l'intestin grêle.

Le foie offre un lobe droit très volumineux occupant tout l'hypochondre droit, descendant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure et remontant jusqu'à la troisième côte.

Le lobe gauche du foie est divisé en deux portions, l'une abdominale, l'autre thoracique ; cette division, établie par une vaste échancrure sur le bord antérieur de ce double lobe, est formée par la pression du pont diaphragmatique.

La portion thoracique du foie est située entre le cœur, d'une part, et l'estomac, d'autre part, qui se trouve en dehors et un peu au-dessous. Cette portion supplémentaire a 2 centimètres $1/2$ dans son plus grand diamètre, qui est vertical.

L'estomac offre une disposition très remarquable. Dans sa portion œsophagienne, ce viscère a subi au-dessous de l'ouverture œsophagienne du diaphragme un mouvement de rotation de dedans en dehors, d'arrière en avant et de bas en haut, si bien que l'estomac, en contournant le pont diaphragmatique pour remonter dans la cavité thoracique, a fait que sa face postérieure est devenue antérieure. Par ce mouvement de renversement, l'extrémité pylorique a entraîné avec elle le duodénum et le reste de la masse intestinale; de plus, le mésentère, considérablement allongé, avait une direction complètement inverse à sa direction normale, c'est-à-dire qu'il était oblique de bas en haut et de gauche à droite à partir de la seconde vertèbre lombaire. Ce changement de position du petit intestin et de son mésentère rend compte aussi de la transposition du cæcum et du gros intestin vers l'hypochondre gauche (nous avons déjà fait remarquer que le cæcum manquait dans la fosse iliaque droite). Nous croyons donc que c'est la hernie stomacale qui a entraîné la transposition de l'intestin grêle et de la première portion du gros intestin.

Dans la cavité thoracique, l'estomac se trouvait en rapport avec le lobe thoracique du foie par sa petite courbure, et en dehors par sa grande courbure avec la rate qui avait suivi l'estomac et avec le duodénum et une portion de l'intestin grêle.

De plus, en avant l'estomac était en rapport avec la paroi thoracique antérieure, en arrière avec le poumon refoulé dans la gouttière vertébrale, en haut avec le thymus et le poumon, en bas avec la masse de l'intestin grêle.

Le poumon gauche, réduit à un très petit volume, était manifestement atrophié et logé dans la gouttière vertébrale. L'atrophie, dont on pouvait se rendre compte par la hernie des viscères abdominaux dans la cavité thoracique, peut être aussi expliquée par la compression directe du foie hernié sur les vaisseaux bronchiques à leur entrée dans le poumon.

Le cæcum et la dernière portion de l'intestin grêle faisaient partie de la hernie. Le côlon ascendant et le transverse passaient au-de-

vant puis au-dessous de l'intestin grêle ; le côlon descendant et l'S iliaque du côlon, distendus par le méconium, avaient leurs rapports et leurs insertions accoutumés.

De l'exposé de ces rapports anormaux, il résulte :

1° Qu'il y avait eu probablement arrêt de développement du diaphragme dans sa portion latérale gauche ;

2° Qu'il y avait eu hernie de l'estomac, de la rate, du duodénum, d'une portion de l'intestin grêle et du cæcum dans la cavité thoracique gauche.

KYTE HYDATIQUE DU POU MON GAUCHE (LOBE SUPÉRIEUR), SUPPURATION, VOMIQUE. — HÉMORRHAGIE INTERNE. — MORT. — Observation, par M. A. PILLON, interne des hôpitaux.

Meller, âgé de vingt-huit ans, entré à l'hospice Saint-Antoine le 4 février 1856, exerce la profession de blanchisseur. Il est vigoureux et bien constitué ; sa santé habituelle est excellente : il n'a jamais éprouvé de maladie sérieuse. Vers Noël 1855, c'est-à-dire six semaines avant son entrée, à la suite d'une marche un peu rapide, il éprouva un refroidissement brusque, suivi bientôt de frissons répétés, et, le lendemain, de céphalalgie, de perte d'appétit, de toux et de malaise persistant. Or on verra plus tard que, quoique ayant noté cette circonstance, j'ai dû me demander si elle fixait bien l'époque véritable du début de la maladie, ou si elle était une pure coïncidence. Toujours est-il que, de cette époque à celle de l'entrée du malade dans nos salles, l'inappétence subsista en même temps que les forces diminuaient, sans pourtant qu'il y eût de fièvre accusée, ni que le malade ressentit de douleur thoracique. Tout se bornait à ces symptômes négatifs, lorsque, le 29 janvier, survint un crachement de sang qui, plus que tout le reste, alarma le malade et décida de son entrée.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois, le 4 février, il était sans fièvre, respirait sans beaucoup de gêne, et ne se plaignait d'autre chose que d'accès fréquents d'une toux bruyante qui le fatiguait énormément. Il affectait de préférence le décubitus dorsal, mais supportait presque également le décubitus latéral des deux côtés. Il avait, disait-il, perdu de ses forces, mangeait assez bien ; ses fonctions paraissaient s'accomplir normalement ; sa voix

n'avait rien d'altéré ; il n'accusait pas de douleur thoracique. La forme de la poitrine n'avait pas éprouvé de changement.

Par la percussion, nous pûmes reconnaître une matité caractérisée du côté gauche et en avant, laquelle s'étendait de la base jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du mamelon, atteignant en dedans la ligne médiane, remontant en dehors jusqu'à l'aisselle, tandis qu'en arrière le son reparaisait à peine obscurci.

En avant, au-dessous de la clavicule, sonorité actuellement exagérée ; à droite, pas de modification. A l'auscultation, râles muqueux et sibilants dans toute la hauteur. A gauche, respiration bruyante et supplémentaire en avant au sommet, devenant nulle de ce point jusqu'à la base, obscure en arrière et mêlée de râles sous-crépitaux et sibilants. Deux jours après le 7 février, la respiration offrait un timbre amphorique au-dessus du mamelon gauche, avec tintement métallique très caractérisé, mais revenant par intermittence, surtout après la toux spontanée ou provoquée. La main appliquée sur le thorax, en avant, percevait à peine le frémissement de ses parois quand le malade parlait ; en arrière, cette différence était moins sensible. Le choc du cœur n'était point perçu à son siège habituel, et le maximum d'intensité de ses bruits pouvait être localisé sur la ligne médiane, au tiers inférieur du sternum. L'expectoration était abondante, spumeuse et transparente. On diagnostiqua *une bronchite générale datant de six semaines, avec pleurésie circonscrite remontant à la même époque et ayant laissé un épanchement limité à la partie antérieure*. Un traitement peu actif fut entrepris, lorsque le malade nous quitta brusquement le 9 février, après cinq journées de séjour.

Nous le revîmes dix jours après ; il toussait moins, mangeait bien, travaillait un peu, mais ses forces ne revenaient point. C'est dans les mêmes dispositions qu'il revint nous voir le 49 mars, et que nous le décidâmes à rentrer à l'hôpital ; mais alors, en l'examinant, nous constatâmes un notable changement.

Les râles du côté droit ont disparu ; la sonorité qui existait à gauche, en avant et au sommet, a gagné en étendue : elle descend plus bas que le mamelon ; en revanche, la matité précédemment notée monte en dehors jusque vers l'aisselle, et règne en arrière dans toute la hauteur. En ce point, absence de vibration des parois pendant la phonation, et aussi absence de respiration, mais pas

d'égophonie. Les quintes de toux sont moins fréquentes, l'expectoration est modérée, légèrement visqueuse et aérée; appétit, bon sommeil, état calme du poulx. Le deuxième diagnostic est celui-ci : *Rupture des adhérences enkystantes de l'épanchement dans la cavité pleurale, où il a aussi augmenté d'abondance.*

24 mars. Tout le côté gauche de la poitrine a subi une dilatation évidente, les côtes sont écartées et à peine mises en mouvement pendant l'inspiration. Toujours absence de douleur dans la région affectée. S'il existe un épanchement, il remonte au moins jusqu'à l'épine de l'omoplate : son abondance supposée explique l'absence d'égophonie, et, malgré cette abondance, la persistance du son dans une certaine étendue, en avant et en haut, s'explique aussi par l'existence des adhérences admises lors du premier examen. Enfin, on peut constater un certain degré d'œdème des membres inférieurs.

25 mars. L'œdème fait des progrès : il se généralise. Le scrotum, les téguments abdominaux sont envahis. Les urines examinées fournissent des caractères négatifs par la chaleur et les acides.

27 mars. L'anasarque continue ses progrès ; les paupières, la face, les mains, les bras et les téguments thoraciques sont aujourd'hui infiltrés.

28 mars. Une sensibilité très grande s'est développée dans tout le côté gauche de la poitrine, devient la cause de douleurs spontanées, et permet de supporter très difficilement la palpation sur l'épigastre et la percussion sur les autres points. Le malade se sent aussi plus faible ; sa nuit a été agitée ; il n'a pas faim, toujours soif ; le poulx est fréquent (104). Et pourtant, rien de changé dans les symptômes stéthoscopiques : toujours même matité, remontant en arrière jusqu'à l'épine scapulaire au moins, avec respiration nulle dans toute la hauteur, sans vibration thoracique pendant la phonation, et aussi sans timbre chevrotant de la voix. Le cœur n'est pas plus déplacé ; il siège sous le sternum et ne dépasse pas son bord droit.

2 avril. Il s'est produit un accident tout à fait imprévu : c'est une vomique abondante. Hier, dans la soirée, le malade a été pris d'une toux continuelle et fatigante qui dure encore à la visite d'aujourd'hui et qui n'a pas cessé d'être accompagnée d'une expectoration abondante à peine aérée et très franchement purulente. La

quantité de pus ainsi rendu peut être évaluée à 4 litre (trois crachoirs pleins et dont la capacité a été déterminée). Et pourtant rien n'a changé dans l'état de la poitrine, et s'il s'y est produit une fistule pleuro-bronchique, ce qui serait d'accord avec nos suppositions, rien ne peut faire supposer dans quel point, aucun bruit particulier n'en rend compte.

3 avril. La vomique s'est un peu interrompue, la toux s'est calmée, l'expectoration est bien moins abondante; mais cette trêve n'est que passagère. En effet, dans l'après-midi, nouvelles quintes de toux, violentes et répétées, nouvelle expectoration d'une quantité de pus à peu près pur, et aussi abondante qu'hier. Ici encore tous les mêmes signes stéthoscopiques sont notés. L'anasarque n'a pas diminué, l'œdème a peut-être même augmenté pour le bras gauche. Puis, le soir, nouvelle rémission, calme bienfaisant, un peu de sommeil. La sensibilité est toujours grande dans le côté gauche de la poitrine.

Le 4, mieux apparent; le malade mange un peu et avec plaisir.

Le 5, cet état se maintient.

Le 6 au soir, nouvelles quintes de toux, agitation extrême, encore expectoration purulente; face vultueuse, yeux injectés et saillants, pouls fréquent à 120 et plus; orthopnée effrayante par instants. Plus tard, vers neuf heures, l'expectoration s'interrompt, le malade peut reprendre le décubitus horizontal; la toux, en effet, a cessé et l'inspiration est redevenue possible; mais, à partir de ce moment, les forces s'abattent de plus en plus; la face reste injectée et prend peu à peu une certaine lividité; la respiration s'embarrasse et devient fréquente et laborieuse (25 et 27 respirations). C'est un véritable état asphyxique. Vers onze heures, le malade succombe très brusquement.

Le 8 avril, *autopsie*. Œdème général, pâleur, flaccidité, infiltration des tissus. Sang en certaine abondance dans les narines. Lividité du visage, du cou, de toutes les parties déclives. Un verre environ de sérosité transparente dans le péricarde; pas dans le péritoine. A la région précordiale, adhérences assez résistantes et disposées suivant une ligne circulaire; absence d'épanchement circonscrit. A la partie externe du poumon gauche, autres adhérences très solides. Poumon énorme débordant de tous côtés, donnant à la main la sensation d'une poche à parois minces et remplies

complètement d'un liquide quelconque. La rupture, pourtant très ménagée, des adhérences du sommet, entraîne inévitablement la déchirure de la poche pulmonaire, d'où s'échappent en abondance des caillots sanguins très récents. La base du poumon adhère si solidement au diaphragme, que ce n'est qu'à l'aide du couteau qu'on peut les séparer. Nous vidons la poche intra-pulmonaire, et ses caillots réunis peuvent à peine être contenus dans les deux mains rapprochées. Au milieu d'eux, cinq ou six débris d'hydatide rompue. Ces débris, épars, bien transparents, appartiennent vraisemblablement à une seule vésicule, rompue au moment de l'hémorrhagie. La vaste poche qui contenait ces divers éléments offre une capacité d'un litre au moins. Sa surface est inégale; on y voit flotter des lambeaux de poumon en partie désorganisé; ses parois sont tapissées d'une matière jaunâtre, concrète, assez friable, disposée en dépôt mamelonné, dont M. Follin a bien voulu examiner une petite partie au microscope, et elle lui a paru comprendre des éléments purulents concrétés, mais pas d'éléments tuberculeux. Une membrane fibro-celluleuse dense et parfaitement organisée, d'un demi-millimètre d'épaisseur, constitue les parois et représente l'enveloppe du kyste. Un pertuis bien ouvert et qui admet l'extrémité du petit doigt fait communiquer la poche avec la première division supérieure de la bronche gauche. Le tissu pulmonaire ambiant, excentriquement refoulé de toutes parts, présente, au sommet et sur un point restreint de la base, les caractères de l'hépatisation grise. Dans les autres points, la quantité de tissu resté indemne d'inflammation est plus considérable; mais là il est dense, foncé, sans caractères de dégénérescence ni d'altération, mais d'apparence atrophique et de consistance fibreuse. Sérosité spumeuse et sanguinolente en abondance dans les bronches et dans la trachée. Poumon droit exempt d'altération, sans tubercules et sans inflammation, un peu engoué seulement en arrière et à la base. Le foie est volumineux, mais sain. Les autres organes présentent les apparences de l'intégrité. L'examen microscopique de la substance recueillie sur la surface interne de la poche vésiculaire n'a pas fait reconnaître d'échinocoques. Si maintenant, en présence de semblables lésions, nous réfléchissons à ce qui a dû se passer chez ce malade, voici ce qui nous paraît le plus vraisemblable :

Un ver vésiculaire a pris naissance et s'est développé insensiblement.

ment dans le poumon gauche. Presque certainement son existence remontait au delà de la pleurésie, dont nous avons pu fixer l'existence au mois de décembre 1855, et qui ne fut qu'une pure coïncidence. Par son ampliation graduelle, ce parasite s'est creusé une vaste loge dans le poumon, en en refoulant le tissu et en le condensant de toutes parts. La mort de l'hydatide remonte probablement à la maladie fébrile notée pour le mois de décembre. Devenue dès lors corps étranger, sa présence a produit et entretenu les troubles divers qui se sont succédé. L'inflammation du tissu pulmonaire en a été le résultat, mais s'est accomplie sourdement et avec peu de réaction générale. Du pus, sécrété par ce moyen, s'est accumulé autour de l'animal et a servi encore à distendre et à agrandir la poche. Ce travail a mis deux mois à s'effectuer. Le 2 avril, une perforation bronchique s'est produite, et la poche s'est vidée en partie. Elle a achevé sa déplétion le 4 et jours suivants.

Le 6, une hémorrhagie abondante a eu lieu et a comblé le vide dans l'intérieur du kyste. Cette brusque affluence d'une grande quantité de sang dans sa cavité a achevé l'affaissement et la division du ver vésiculaire, et a été la source d'accidents d'abord syncopaux, puis asphyxiques, et mort s'en est suivie. Maintenant, pourquoi le sang n'a-t-il pas trouvé issue au travers de la fistule bronchique, comme avait fait le pus, et pourquoi pas d'hémoptysie ? A cela je répondrai que la situation des débris hydatiques dans la poche m'a permis de m'expliquer ce résultat, et que l'un d'entre eux, placé sur le trajet fistuleux, probablement par le fait même de la rapidité de l'hémorrhagie, l'obturait assez complètement pour empêcher l'effusion du sang au dehors.

Extrait du rapport de M. CHARNAL.

La première question que fait naître l'examen de l'observation de M. Pilon est celle-ci : Dans ce cas et dans l'état actuel de la science, le diagnostic était-il possible ? Il faut reconnaître que sans être complètement impossible, ce diagnostic était au moins d'une extrême difficulté. En effet, bien que Laënnec ait étudié avec soin la question des vers vésiculaires du poumon, et qu'il ait indiqué les signes stéthoscopiques que l'on rencontre dans cette

affection, il n'en est pas moins certain que ces signes n'étant autres que les signes de la pleurésie, on sera toujours porté à diagnostiquer la maladie la plus commune, la pleurésie. Cela est si vrai, que dans une des dernières séances de la Société des médecins des hôpitaux, la question du diagnostic de la pleurésie ayant été soulevée, plusieurs membres de la Société firent connaître des faits qui leur étaient personnels, et dans lesquels leur diagnostic pleurésie avait été démenti par l'autopsie. Tantôt c'était une hydatide, tantôt une dégénérescence quelconque de la plèvre. Je me souviens, et M. Vidal doit se souvenir comme moi, d'avoir vu un garçon boucher soigné à la Maison de santé en 1853 pour une pleurésie circonscrite, et qui mourut peu après du choléra, et à l'autopsie duquel on trouva dans la plèvre une hydatide sans autre épanchement. Une chose cependant vient, dans quelques cas, éclairer le diagnostic et le rendre certain : c'est le rejet dans les crachats de quelques débris d'hydatides. Mais ce symptôme a manqué dans le cas qui nous occupe, et j'ose dire qu'ici le diagnostic était à peu près impossible.

La seconde question qui se présente est celle-ci : Le diagnostic posé, que pouvait-on faire ? Il n'y avait évidemment de possible que la ponction conseillée par Laënnec, faite en 1852 par M. Barthez dans le cas rapporté par MM. Caron et Soubeiran, et faite encore par M. Vigla en 1853. Mais dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire dans un cas d'hydatide intra-pulmonaire, la ponction n'aurait-elle pas été suivie de l'accident que nous avons vu survenir lorsque la poche s'est ouverte dans les bronches, accident auquel notre malade a succombé. Je veux parler de l'hémorrhagie dans la poche. Je sais bien que cet accident n'a pas été signalé dans les cas que j'ai cités plus haut, mais alors l'hydatide siégeait dans la cavité pleurale, tandis que dans le cas rapporté par M. Dillon, l'hydatide se trouvait au milieu d'un tissu très vasculaire, au milieu du tissu pulmonaire. N'y aurait-il pas là un motif suffisant pour chercher à reconnaître le siège précis dans le cas où l'on voudrait faire la ponction, et ne devrait-on pas s'abstenir dans un cas semblable à celui dont il est ici question, dans la crainte d'un accident qui pourrait entraîner subitement la mort du malade entre les mains de l'opérateur ?

DÉGÉNÉRESCENCE DE L'ŒIL DROIT CHEZ UN GARÇON AGÉ DE TROIS ANS, par M. GARNIER, interne des hôpitaux.

Les parents de l'enfant ne font remonter le début de cette affection qu'au mois de septembre 1855. Sa mère s'aperçut alors que son œil prenait une teinte verdâtre, mais son volume n'a commencé à s'accroître que vers le mois de janvier 1856. C'est alors pour la première fois que des douleurs se sont fait sentir dans l'œil et se sont étendues de là à la tête. Un vésicatoire à la nuque et quelques légers purgatifs constituèrent tout le traitement. Soumis à notre examen vers la fin de juin, nous avons constaté l'état suivant : L'œil droit présente un volume considérablement exagéré ; sa projection en avant est telle qu'il dépasse de près de 2 centimètres la racine du nez. La paupière supérieure recouvre encore la plus grande partie de l'œil, mais la peau est distendue jusqu'au delà du sourcil, et laisse voir par transparence quelques veines plus injectées. La paupière inférieure est déprimée en bas et comme repliée sur elle-même ; elle étrangle ainsi, autour de la partie inférieure de la cornée, la conjonctive oculaire qui se présente sous forme d'un bourrelet rougeâtre analogue au chémosis. En soulevant la paupière supérieure, on aperçoit sur l'œil des faisceaux vasculaires qui s'arrêtent à la circonférence de la cornée. Celle-ci du reste est transparente, et permet d'apercevoir au fond de l'œil une teinte jaunâtre. Il est impossible d'apercevoir la couleur de l'iris ; seulement, au niveau de l'insertion de la sclérotique sur la cornée, il existe un cercle bleuâtre mal limité de 4 centimètre d'étendue à peu près. La tumeur ne paraît le siège d'aucune douleur, même à la palpation ; cependant en effleurant avec le doigt la surface de la cornée, l'enfant éprouve une impression désagréable. Pas d'engorgement des ganglions lymphatiques. L'iris de l'œil sain est d'un bleu très pâle. État général excellent. Cependant l'enfant est presque toujours assoupi, et ne se réveille que pour manger.

Le 3 juillet, on se décide, sur les instances des parents, à faire l'opération. L'enfant étant préalablement chloroformé, M. Guer-sant incise en dehors la commissure externe dans l'étendue de 3 centimètres ; l'œil est attiré au dehors au moyen d'un fil qui le traverse. On dissèque les tissus avec le bistouri, et l'on excise le

pédicule de la tumeur avec des ciseaux. Une quantité assez considérable d'une humeur aqueuse roussâtre s'est écoulée de l'œil au moment de sa piqûre. La commissure externe est rapprochée avec deux points de suture. Compresses fraîches sur l'œil. Une quantité assez notable de sang s'écoule ; aussi le soir l'enfant est pâle.

La pièce pathologique a été disséquée avec le plus grand soin, et soumise à l'examen microscopique par M. Robin. Or cette pièce se composant de deux parties distinctes : l'une extérieure au globe de l'œil, compacte, dure, difficile à déchirer, était constituée par un tissu offrant la structure des hypertrophies glandulaires, et ses éléments étaient analogues à ceux de la glande lacrymale. Néanmoins ce tissu s'étendait en arrière du globe, et enlaçait le nerf optique, à la gaine duquel il adhérait assez fortement. Ce n'est qu'après une dissection assez longue que le nerf a pu être dégagé de ce tissu compacte.

L'altération du globe de l'œil a offert les particularités suivantes ; Après isolement du nerf optique, il a été possible de reconnaître que lui-même était malade. Il offrait en effet un renflement olivaire long de 1 centimètre, épais de 8 millimètres. La coupe de ce renflement était dure à la périphérie surtout, mais ramollie vers le centre. Le tissu en était constitué par les mêmes éléments qui existaient dans la cavité du globe de l'œil dont il sera question bientôt. On y trouvait en outre des faisceaux de tissu fibreux qui manquait dans le tissu de la cavité du globe. Après avoir incisé circulairement la sclérotique, la choroïde s'est montrée intacte, si ce n'est au pourtour de l'insertion du nerf optique. Là elle était détruite, et le tissu morbide blanchâtre que nous allons décrire adhérait à la sclérotique sans toutefois l'avoir encore détruite.

La choroïde incisée à son tour, il était facile de reconnaître que le produit morbide siégeait dans la rétine même dont il conservait encore la disposition extérieure, mais en offrant toutefois une épaisseur de 2 à 4 millimètres. C'est surtout en s'approchant de l'entrée du nerf optique que l'épaisseur était le plus considérable. Au niveau de la papille du nerf optique, ce tissu morbide faisait une saillie qui s'avancait jusqu'au milieu de la cavité du globe, et là le tissu, au lieu d'être blanchâtre, de la consistance de la substance du cerveau ou même plus ferme, était au contraire très mou, diffus, et d'une teinte rouge très marquée, due à une

quantité très prononcée de vaisseaux capillaires. Le reste de la cavité du globe de l'œil, jusqu'au contact du cristallin et des procès ciliaires, était rempli d'une masse pultacée, grisâtre, parsemée de quelques grains blancs ayant le volume et l'aspect des grains de semoule. Cette masse grisâtre était composée presque uniquement de globules de pus irréguliers, la plupart sans noyaux, comme c'est habituel dans la cavité du globe de l'œil. Plus petits que dans le pus liquide, et offrant les réactions ordinaires au contact de l'acide acétique. Les grains blanchâtres, semblables aux grains de semoule, sont composés d'une accumulation de petits granules calcaires formés principalement de carbonate avec un peu de phosphate de chaux. Quant au tissu vasculaire décrit plus haut et occupant la place de la rétine, il est composé seulement de vaisseaux et des éléments de la rétine connus sous le nom de *myélocytes*, qui à l'état normal forment ce que l'on appelle la couche des noyaux de la rétine. Ce sont eux qui, comme nous l'avons dit, composent en partie le renflement ovalaire du nerf optique. Dans ce tissu, on trouvait en outre une certaine quantité d'une matière amorphe, interposée aux noyaux et à des vaisseaux capillaires. Cette production morbide consiste donc essentiellement en une multiplication anormale des éléments de la couche de noyaux de la rétine, production qui s'est étendue au dehors jusque dans le nerf optique. On ne trouvait plus trace de la couche des bâtonnets ni de la couche des tubes nerveux de la rétine. Il ne s'y trouvait non plus aucune espèce des éléments à noyaux et à nucléoles volumineux dits éléments cancéreux. Le corps ou ligament ciliaire offrait un volume moitié plus considérable qu'à l'état normal, et une couleur d'un blanc légèrement jaunâtre. Ces particularités étaient dues à un dépôt dans son épaisseur d'une grande quantité de granulations grasses formant de petits amas microscopiques plus ou moins réguliers. Sauf une légère opalescence, l'appareil cristallinien était intact ; l'iris également. Il y avait encore un peu d'humeur aqueuse.

15 juillet. Depuis l'opération, l'enfant éprouve toujours de la somnolence ; il mange moins. La plaie n'a aucune tendance à se cicatriser.

XXXI^e ANNÉE. — AOÛT 1886.

SOMMAIRE. — 1. Balle logée dans l'os iliaque. — 2. Caduque blériné expulsée à la suite de dysménorrhées. — 3. Tumeur glandulaire (hypertrophie) de la mamelle. — 4. Anus contre nature. — 5. Tumeurs fibro-plastiques tendant à se généraliser. — 6. Tumeur cancéreuse de la jambe. — 7. Cancer de la verge. — 8. Cancer mélanique de la lèvre inférieure. — 9. Tubercules du cerveau. — 10. Chancre urétral. — 11. Imperforation du corps de l'utérus ; étranglement interne. — 12. Atrophie des circonvolutions cérébrales. — 13. Hémorrhagie cérébrale. — 14. Séquestre osseux de la crête iliaque. — 15. Hernie inguinale étranglée, avec complication d'étranglement interne. — 16. Maladie d'Addison (maladie bronzée). — 17. Gangrène spontanée de la jambe chez un enfant.

OBSERVATIONS. — Du défaut de coordination des mouvements comme symptôme des affections cérébrales, par M. Decès. — Extrait du rapport de M. Goupil sur le travail précédent.

Fracture mixte intra et extra-capsulaire du col du fémur, par M. Labbé.

Fracture extra-capsulaire du col du fémur à sa base, compliquée de fracture comminutive du grand-trochanter, par M. Labbé. — Extrait du rapport de M. Guyon sur les deux observations précédentes.

Ponction d'un kyste de l'ovaire ; rupture d'une petite poche adhérente à ce kyste ; mort, par M. Cavasse.

Kystes hydatiques multiples, échinocoques, par M. Sénac.

Ictère paraissant symptomatique de la présence d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires, par M. Schloss. — Extrait du rapport de M. Vidal.

Emphysème des parois thoraciques ; perforation d'une grosse bronche, par M. Simon.

Mal vertébral de la région cervicale ; paralysie de la langue, par M. Simon.

Tumeur encéphaloïde de la cuisse, par M. Guyon.

Adhérence générale du péricarde, par M. Potain.

Ulcère simple de l'estomac ; violence extérieure, par M. Potain. — Extrait du rapport de M. Axenfeld sur cette observation.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Poumet présente de la part de M. le docteur Murelle, de Rouen, une pièce recueillie sur un homme mort en 1843 dans le service chirurgical de M. Flaubert père, à l'Hôtel-Dieu de

Rouen. C'est un *os iliaque du côté gauche dans lequel est logée une balle* que l'on voit à la fois dans la fosse iliaque interne et dans la fosse iliaque externe.

Le malade est mort par suite d'une affection étrangère à la plaie par arme à feu. Il portait à la fesse gauche une fistule survenue à la suite d'une blessure reçue à la bataille de Leipzig (octobre 1813). Quoi que l'on ait tenté, cette fistule n'avait jamais pu se cicatriser.

La balle, entrée à 4 centimètres en arrière de la cavité cotyloïde, avait une direction oblique d'avant en arrière, un peu de bas en haut, et bien entendu de dehors en dedans.

L'ouverture d'entrée, actuellement mousse dans presque toute son étendue, offre un diamètre à peine plus étendu que celui de la balle. Dans un point très limité et vers la partie postérieure de cette ouverture, on distingue une stalactite qui, par sa projection, recouvre un peu la balle sans lui adhérer toutefois. L'ouverture par laquelle la balle a été sur le point de sortir de l'os pour pénétrer dans la fosse iliaque interne est plus grande que l'ouverture d'entrée. Au lieu d'être ronde comme la précédente, elle est un peu irrégulière; les bords cependant, par suite de la longueur de la maladie, sont actuellement arrondis. La balle a conservé à peu près sa forme sphérique; on pourrait dire peut-être qu'elle est un peu allongée, légèrement aplatie et rugueuse à la partie que l'on touche dans la fosse iliaque interne; de ce même côté, elle porte de légères incrustations calcaires.

Toute la partie de l'os iliaque que l'on nomme *ilium* est considérablement épaissie; à la coupe, on remarque, entre les deux lames de tissu compacte, un tissu spongieux très prononcé. Les crêtes, les rugosités naturelles, sont de beaucoup exagérées; on voit en outre de nombreuses stalactites, surtout à la face externe, et principalement au-dessus du sourcil de la cavité cotyloïde. Selon M. Murelle, ces stalactites, qui sont faciles à briser, paraissent plutôt formées de concrétions calcaires que de tissu osseux organisé. Cette pièce osseuse offre donc à la fois un fort bel exemple de plaie des os par arme à feu et d'ostéite ancienne.

2. M. Dufour fait voir une caduque utérine expulsée à la suite d'une dysménorrhée.

Une dame âgée de trente-trois ans éprouvait depuis quelques mois des irrégularités des fonctions menstruelles. A la dernière époque, il y eut un retard de quinze à seize jours. Des coliques sourdes et profondes siégeaient dans le bas-ventre. Le col, examiné avec soin, ne donnait aucun des signes de la grossesse. Dans la nuit du 31 juillet au 1^{er} août, les coliques furent très violentes ; les règles étaient venues, et quelques caillots sanguins sortaient par la vulve. Le 1^{er} août, au matin, M. Dufour, pratiquant le toucher, sentit une membrane molle qui pendait au-dessous du col ; il la saisit entre l'index et le médius, et la tira au dehors.

Cette membrane a parfaitement la forme de l'utérus ; elle présente trois ouvertures : une inférieure, plus large, celle du col ; deux autres pour les trompes. Sa face externe est irrégulière et déchiquetée ; sa face interne est plus pâle et lisse. C'est manifestement la muqueuse utérine dans toute son étendue. Il n'y avait à l'intérieur aucun produit de conception.

M. Moreau ne croit pas non plus qu'il ait existé, dans ce cas, un commencement de grossesse. Il a eu occasion d'observer une dame, mère de plusieurs enfants, qui, presque à chaque époque menstruelle, rendait des portions de caduque plus ou moins étendues.

3. M. Garnier montre une tumeur glandulaire (*hypertrophie*) de la mamelle, et donne les détails suivants :

Léon (Marie), âgée de quinze ans et demi, d'une constitution lymphatique, bien réglée depuis l'âge de douze ans, entre à l'hôpital le 28 juillet 1856 pour se faire traiter d'une tumeur du sein droit. Cette tumeur, du volume d'un gros œuf de pigeon, située en dedans du mamelon, a fait de notables progrès depuis trois mois, époque à laquelle la malade s'en est aperçue pour la première fois. Quelques élancements, plus marqués le jour que la nuit, s'y font sentir de temps à autre.

Le sein, irrégulièrement globuleux, présente une circonférence de 42 centimètres. La peau, sans adhérence avec la tumeur, est

légèrement rosée ; ses veines sont dilatées. Le mamelon est sain et saillant. La tumeur est dure, élastique, et semble distincte de la glande mammaire. Les ganglions de l'aisselle correspondante ne sont pas engorgés.

Enlevée par énucléation le 7 août, la tumeur est globuleuse et pèse 225 grammes. Elle est enveloppée d'un kyste très épais, dont les prolongements fibreux forment dans son intérieur des cloisonnements irréguliers ; elle est résistante à la coupe et présente une coloration d'un gris rosé. Examinée au microscope, elle présente les caractères les mieux tranchés de l'hypertrophie glandulaire.

4. M. Cavasse communique, avec les pièces pathologiques, une observation d'*anus contre nature*.

Il y a vingt mois, une opération de hernie étranglée a été pratiquée sur un homme de cinquante-six ans. La hernie ne datait pas de longtemps, et elle était peu volumineuse. Je n'ai pas eu de détails sur l'opération. L'intestin était-il gangrené ? A-t-il été ouvert par le chirurgien ? Le malade ne le sait pas ; toujours est-il que c'est de cette époque que date l'*anus contre nature* qui fait le sujet de ma présentation.

Dans le pli de l'aîne du côté droit, vers le milieu de son étendue, existe une ouverture par laquelle sortent des matières jaunes ou vertes, mêlées après les repas de morceaux d'aliments ; parmi ces derniers, on peut reconnaître facilement certaines substances végétales peu altérées. Une irritation quelconque, le changement de pansement, par exemple, a toujours déterminé l'issue des matières. L'ouverture est circulaire ; sa circonférence est de 40 centimètres à peu près ; les bords n'en sont pas calleux ; au fond on ne sent pas d'éperon. Un deuxième examen fait percevoir un repli valvulaire qui est pris pour l'éperon. Le malade rend encore par le rectum quelques selles normales, mais en très petite quantité.

Deux jours après son arrivée, on fait une incision en haut et en dehors dans le sens du pli de l'aîne, pour agrandir l'ouverture de l'*anus contre nature*. Il survient un peu d'érysipèle qui gagne rapidement les bourses, et en détermine la gangrène en quarante-huit heures. Une semaine après, le malade allait assez bien, quoiqu'il

eût le scrotum complètement détruit ; on appliqua l'entérotomie. La mort arriva trois jours après au milieu de phénomènes d'adynamie très marqués ; il n'y avait eu aucun symptôme du côté de l'abdomen.

Tous les détails de l'autopsie se retrouvent sur la pièce sèche que je mets sous les yeux de la Société.

Il s'agit d'une hernie par la fosse inguinale moyenne. Vous voyez en effet, en dehors, l'artère épigastrique qui sépare l'infundibulum de l'orifice abdominal du canal inguinal. J'ai conservé le canal déférent qui s'introduit par cet orifice. En dedans de l'infundibulum se trouve le cordon qui remplace l'artère ombilicale. Rien sur le vivant ne pouvait faire prévoir le siège précis de cette hernie, si ce n'est peut-être l'artère épigastrique dont l'exploration n'a pas été faite.

L'ouverture de l'intestin se trouve à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle. L'infundibulum, depuis la peau jusqu'à la circonférence antérieure de l'intestin, a 6 centimètres. La structure de ses parois paraît en tout semblable à celle du bout supérieur de l'intestin ; il est enveloppé du péritoine pariétal avec lequel il a contracté des adhérences assez résistantes.

Il est facile de voir qu'il n'y a pas le moindre éperon. Nulle part les faces mésentériques de l'intestin ne sont en contact ; elles n'ont pas pu adhérer l'une à l'autre. Ce qui sur le vivant a été pris pour l'éperon n'est autre chose qu'un repli des parois intestinales dont la circonférence supérieure s'affaissait et formait valvule ; c'est là que l'entérotomie a été appliqué. On voit à l'extrémité postérieure de cet éperon non permanent deux ouvertures produites par la pression des branches de l'instrument.

Le bout supérieur de l'intestin est hypertrophié ; ses parois, épaisses, laissent voir manifestement les fibres musculaires. L'inférieur, au contraire, a des parois minces, transparentes comme une séreuse après dessiccation. Les vaisseaux du mésentère sont volumineux du côté du bout supérieur ; ceux qui se dirigent vers le bout inférieur sont à peine apparents.

5. M. Schloss présente une volumineuse *tumeur fibro-plastique de la cuisse* enlevée chez un malade qui a déjà été, à différentes reprises, opéré de tumeurs de même nature.

Ce malade, âgé de trente-deux ans, est entré à l'hôpital la Ri-boisière le 22 janvier 1856.

Jusqu'en 1852, il a toujours joui de la santé la plus parfaite.

Enfant de troupe, il est entré dans le service militaire actif à l'âge de quinze ans.

Éloigné depuis longtemps de sa famille, il a appris que son père était mort d'une affection de poitrine (seul renseignement) à l'âge de soixante-deux ans. Sa mère vit encore, a soixante-douze ans, s'est toujours bien portée.

Il a un frère et deux sœurs qui n'ont jamais eu d'affection analogue à la sienne.

Il ne porte aucune trace de scrofules, et n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Au mois de janvier 1852, son pied gauche s'est trouvé engagé dans l'étrier sous son cheval tombé sur le côté. Un grand gonflement s'est rapidement développé à ce pied et à la partie inférieure de la jambe, puis la tuméfaction s'est limitée à la partie postérieure, refoulant le tendon d'Achille et le dépassant des deux côtés. (Récit du malade.)

Il a néanmoins continué son service pendant deux ou trois mois, mais gêné de plus en plus dans l'exercice des mouvements du pied, il est entré à l'hôpital de Besançon où il a fait un séjour de huit mois, pendant lequel on lui a d'abord pratiqué une ponction suivie d'injection d'iode dans la tumeur, puis à diverses reprises des cautérisations, tantôt avec la pâte de Vienne, tantôt avec la potasse caustique, tantôt avec le fer rouge.

La tumeur a continué à s'accroître. Il est sorti de l'hôpital, est resté quinze mois comme militaire convalescent, et est de nouveau rentré à l'hôpital de Besançon où son état a été jugé assez grave pour nécessiter de suite l'amputation de la jambe dans le tiers inférieur.

La cicatrisation complète de la plaie n'a eu lieu qu'au bout de trois mois ; il est alors sorti de l'hôpital (30 août 1854).

La jambe artificielle ne lui a été envoyée qu'en janvier 1855 ; il a marché jusqu'à cette époque en s'appuyant sur des béquilles.

Jusqu'au mois de mars 1855, le rétablissement de sa santé semblait de plus en plus assuré, quand dans ce mois apparut presque simultanément une série de tumeurs dans l'ordre suivant de développement :

- 1° Au flanc gauche (côté de l'amputation) ;
- 2° Au bras gauche ;
- 3° Au côté externe de la cuisse droite ;
- 4° A la partie externe du moignon de la jambe.

L'accroissement progressif de ces diverses tumeurs le détermine à demander son admission à l'hôpital la Ribouisière.

A son entrée, 22 janvier 1856, il est dans un état d'émaciation qui semble exclure toute tentative d'opération nouvelle ; toutefois, la tumeur du flanc gauche devenant très gênante par son volume, M. Chassaignac en pratique l'ablation le 28 janvier 1856.

Cette opération est faite moitié par incision, moitié par écrasement linéaire.

La tumeur extraite ressemble à une portion de cerveau frais par ses circonvolutions ; ses sillons anfractueux, sa couleur jaunâtre, sa consistance ; mais l'incision n'y montre pas la présence de suc analogue à celui du tissu encéphaloïde, et l'examen microscopique ne découvre que du tissu fibro-plastique en grande abondance, mélangé à des cellules graisseuses.

Les suites de l'opération sont assez heureuses pour déterminer à enlever la tumeur du bras gauche, devenue très volumineuse et très gênante par sa situation sous le muscle triceps. Le bras étant dans la demi-flexion, on constate, en sollicitant le malade à l'étendre, que le muscle triceps étalé sur la tumeur est fortement tendu.

L'énucléation de la tumeur est facilement obtenue le 25 février 1856. Même aspect extérieur qu'à la tumeur précédente ; mêmes caractères microscopiques.

Aucun accident local ne survient, et les deux plaies résultant des opérations pratiquées ont une rapide cicatrisation.

La constitution du malade s'améliore de plus en plus.

La tumeur de la cuisse est devenue volumineuse ; elle est très mobile, semble placée sous le muscle triceps, gêne le malade, surtout par son poids.

Ablation le 44 juin.

On met à découvert le triceps ; on l'incise, et les doigts détachent avec une grande facilité la masse morbide que l'on trouve située dans l'épaisseur même du muscle.

L'examen y démontre les mêmes caractères extérieurs et microscopiques que dans les autres tumeurs.

Elle est ovale, mesure 0^m,18 dans son plus grand diamètre, 0^m,08 dans le petit, et une épaisseur de 0^m,06 à 0^m,07 environ.

Pendant la présence des tumeurs ou après leur ablation, il n'y a eu aucune manifestation morbide dans les ganglions lymphatiques des régions où siégeaient ces tumeurs.

M. Vidal. Le fait dont M. Schloss vient de nous entretenir soulève une question des plus importantes. Cette tendance des tumeurs fibro-plastiques à se multiplier et à se généraliser chez certains sujets, tendance déjà mise en relief par plusieurs observations publiées dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, ne permet-elle pas de se demander s'il n'y a pas lieu de reconnaître une *diathèse fibro-plastique* ?

M. Labbé montre plusieurs pièces :

6. 1° Une *tumeur cancéreuse* développée au-devant du muscle jambier antérieur (de la jambe gauche).

Cette tumeur était composée de deux parties : L'une profonde, adhérente à l'aponévrose jambière qu'elle envahit ; cette portion est dure, ligneuse, aplatie ; elle fait peu de relief sous la peau ; elle a, en un mot, tous les caractères du *squirrhe*. L'autre partie, saillante, molle, recouverte d'une peau un peu amincie et violacée, a tout à fait l'aspect *encéphaloïde* ; elle repose sur le milieu de l'autre comme sur une base, et une incision étant pratiquée sur l'ensemble de la tumeur, il est facile de constater que ces deux parties se confondent, c'est-à-dire que la transition de l'*encéphaloïde* au *squirrhe* est insensible dans leurs limites extrêmes ; il n'y a même différence de structure que dans leur apparence extérieure. Ainsi la section de la première est excavée, coriace, etc. ; la seconde est saillante, fongueuse, etc.

L'examen microscopique révèle dans l'une et l'autre des cellules à gros noyaux, à bords déformés (caractères du cancer con-

statés par plusieurs membres de la Société), mais, de plus, une masse de tissu fibreux et quelques noyaux de tissu fibro-plastique dans la portion dure de la tumeur ; absence complète de ces éléments dans la portion molle de la tumeur.

7. 2° Un cancer de la verge.

Le prépuce et le gland sont détruits ; la verge est réduite à un moignon qui n'a plus que la longueur d'environ 5 centimètres. L'extrémité libre ne forme plus qu'un large ulcère fongueux, rougeâtre, à bourgeons saillants, au milieu desquels on ne distingue plus l'orifice de l'urèthre. Cet ulcère a tout à fait l'aspect des ulcères épithéliaux, des cancroïdes de la lèvre ou de la verge, et tel fut en effet le diagnostic de M. Velpeau et de plusieurs membres de cette Société.

Cependant (et c'est à ce point de vue que cette pièce offre de l'intérêt) l'examen microscopique révèle tous les caractères du vrai cancer (grès noyaux à contours irréguliers, etc.).

8. 3° Un cancer mélanique du menton et de la lèvre inférieure.

La tumeur était dure, un peu élastique, sans changement de couleur à la peau, adhérente à l'os. La section ressemble extrêmement, par la coloration et la consistance, à celle d'une truffe, c'est à-dire qu'elle est d'un brun noirâtre (tout à fait *mélanique*).

Examen microscopique : Épithélium pavimenteux très abondant ; globes épidermiques très volumineux et très nombreux (on en rencontre à chaque préparation) ; une assez grande quantité de globules rouges du sang mêlés de quelques globules blancs et de la matière amorphe.

9. M. Garnier fait voir un exemple de tubercules dans les couches optiques et le pédoncule cérébral droit, et donne les renseignements qui suivent :

Gateau (Charles-Étienne), âgé de trois ans, entre à l'hôpital des Enfants le 2 février 1856.

Cet enfant a eu, il y a un an, des convulsions qui ont duré dix jours, et à la suite une hémiplegie gauche qui a été en augmentant pendant quatre mois. On a donné des bains de sel et fait sur la peau des frictions irritantes. Aujourd'hui l'hémiplegie a diminué, et l'enfant peut de ce côté faire des mouvements, mais incertains et faibles. La sensibilité semble moins grande que du côté droit; à la face, le côté gauche est également paralysé; l'œil se ferme bien. Il y a quinze jours, la paupière droite s'est abaissée, la pupille s'est dilatée, et aujourd'hui la vision est abolie de ce côté. L'enfant se plaint de céphalalgie, et indique comme siège la région occipitale. La peau est fraîche. Le pouls est à 88, et régulier. Constipation. L'enfant fait peu de mouvements dans son lit et répond rarement quand on lui parle.

Traitement. Calomel, 0^{sr},05 en dix paquets; lavement.

Le 5, même prescription, évacuations alvines assez abondantes.

Le bras gauche est un peu contracturé.

Le 6, peu de selles; assoupissement; pouls intermittent à 72.

Le 7, la contracture du bras gauche est plus prononcée. Toujours de la somnolence.

Le 8, diarrhée; secousses de temps en temps dans les bras. L'enfant tousse; pouls très fréquent.

Le 9, souffrance vive; face colorée; pouls à 136; éruption de scarlatine. Potion gommeuse simple.

Le 10, scarlatine confirmée; pouls à 124; abattement.

Le 11, l'éruption commence à décliner; toux; diarrhée. Décoc-tion blanche avec 8 grammes de sous-nitrate de bismuth.

Le 12, somnolence. L'enfant répond cependant encore aux ques-tions.

Le 13, pouls à 140, petit, déprimé; face pâle; somnolence plus prononcée; ophthalmie double.

Le 14, face cyanosée, pouls filiforme, tremblement particulier du bras droit. Mort le 15 au matin.

Autopsie. — Un peu de sérosité dans les ventricules et sous l'arachnoïde. En soulevant la voûte à trois piliers, on aperçoit dans le troisième ventricule une tumeur du volume d'une noix, occupant surtout la couche optique droite et envahissant un peu la gauche.

Cette tumeur est d'un gris jaunâtre, d'une consistance ferme ; son aspect rappelle celui des tubercules. Le pédoncule cérébral droit est en partie envahi par la production morbide. Tubercules dans les poumons, dont quelques-uns en voie de ramollissement. Plaques de Peyer saillantes, un peu rouges, non ulcérées.

10. M. Fournier fait voir un chancre urétral.

Un homme était entré depuis un mois dans le service de M. Ricord, pour s'y faire soigner d'une blennorrhagie. Le méat était parfaitement sain ; mais on sentait en arrière, vers la racine du gland, une dureté profonde. En même temps, de nombreux ganglions inguinaux étaient tuméfiés, durs et indolents. On diagnostiqua un *chancre de l'urèthre*. Une mort subite permit de vérifier ce diagnostic. Le malade avait eu, le matin, une discussion assez vive ; quelques heures après, revenu auprès de son lit, il tombe tout à coup sans connaissance. Tous les secours sont inutiles. L'autopsie n'a permis d'assigner aucune cause à cette mort subite. Les centres nerveux, le poumon, le cœur, les gros vaisseaux ont été examinés avec soin, et l'on n'a trouvé dans ces organes aucune lésion appréciable.

La pièce que présente le candidat a séjourné plusieurs jours dans l'alcool. Les différences de couleur sont moins appréciables qu'à l'état frais ; cependant, on peut voir encore le contour irrégulier, à bords élevés, à fond pseudo-membraneux, d'un chancre siégeant dans la fosse naviculaire.

11. M. Guyot présente deux pièces :

1° Une *imperforation du corps de l'utérus* chez une femme de quarante-deux ans qui succomba, dans le service de M. Andral, à un *étranglement interne*.

La mort survint le 4 août. La malade n'avait pas eu de selles depuis le 4 juillet précédent. L'étranglement très serré, puisqu'on pouvait à peine y introduire un stylet, siégeait à la fin du côlon descendant. Le gros intestin et la fin de l'intestin grêle étaient remplis d'ulcérations. Le siège de l'étranglement vers la fin du tube intestinal explique peut-être la longue durée de la maladie.

Cette malade n'avait jamais été réglée : les organes génitaux furent donc examinés avec soin.

Les ovaires de l'un et de l'autre côté contenaient de nombreux corps jaunes. Le col de l'utérus était perméable de haut en bas ; mais il se terminait supérieurement par un cul-de-sac.

La cavité du corps utérin était constituée par un kyste sans communication avec l'extérieur, rempli par un liquide couleur de rouille. M. Guyot a suivi l'une des trompes jusqu'à 4 centimètre de ce kyste ; mais il n'a pas pu s'assurer qu'elle communiquât avec lui.

M. Broca. Ce fait de l'existence de corps jaunes coïncidant avec l'absence des règles pendant toute la vie, m'avait, au premier abord, semblé très embarrassant, car on sait que la formation de corps jaunes se lie d'une manière intime avec l'éruption menstruelle ; mais cette circonstance s'explique naturellement ici par l'imperforation du corps de l'utérus.

M. Axenfeld. Non-seulement cette malade n'avait jamais vu paraître ses règles ; mais jamais elle n'avait éprouvé de ces phénomènes sympathiques qui les accompagnent d'habitude : pas de coliques, pas de douleurs de reins, pas de gonflement des mamelles.

M. Cruveilhier. J'ai observé une fois un utérus dont le corps était imperforé comme celui-ci. Les règles n'avaient jamais paru. Une circonstance remarquable, c'est que lorsque la rétention menstruelle est causée par une imperforation de l'hymen ou du vagin, le sang s'accumule derrière la cloison et forme parfois une tumeur volumineuse, tandis que, dans les cas d'imperforation de l'utérus, on n'observe pas ces collections sanguines considérables.

13. 2° Une atrophie des circonvolutions cérébrales.

Un homme de cinquante-huit ans était entré le 3 août à la Charité, pour un ictère grave. Il déclarait n'avoir jamais eu d'autres maladies. Il succomba à cette affection. A l'autopsie on put remarquer sur l'hémisphère cérébral droit, dans la partie qui surmonte le ventricule latéral, que les circonvolutions, plus petites et plus sinueuses qu'à l'état normal, semblaient être devenues plus nombreuses.

M. Cruveilhier considère cette altération comme une atrophie consécutive à des cicatrices d'apoplexie superficielle dans les circonvolutions.

13. M. Cruveilhier communique un fait d'hémorrhagie cérébrale mortelle survenue pendant un bain froid.

Le dimanche 17 août, vers quatre heures, on apporta à la Charité un jeune homme de vingt-six ans qui avait subitement perdu connaissance en prenant un bain froid. Il était pâle et inanimé. Au bout d'une heure environ, il put reprendre ses sens et répondre aux questions qu'on lui adressait ; il n'avait pas mangé depuis plusieurs heures au moment de son bain. Bientôt reparurent des phénomènes très graves : du coma, des étouffements ; la respiration était stertoreuse et profonde, souvent entrecoupée. Les pupilles étaient immobiles, très resserrées ; la conjonctive oedématisée ; les membres dans un état de rigidité absolue.

Pensant qu'il existait un obstacle à la respiration, on songea un instant à pratiquer la trachéotomie, mais un diagnostic plus complet détourna de cette première idée.

En voyant le malade, **M. Cruveilhier** avait diagnostiqué un gros foyer apoplectique en communication avec les ventricules ou avec la cavité de l'arachnoïde. Le malade succomba dans la matinée, sans qu'aucun changement survint dans son état.

Une vaste cavité apoplectique communiquait avec le ventricule gauche dont les parois étaient déchiquetées ; la couche optique était déchirée dans sa partie externe ; des lambeaux de substance cérébrale adhéraient au caillot sanguin ; les circonvolutions étaient parfaitement saines.

14. M. Schloss appelle l'attention sur un séquestre osseux détaché de la crête iliaque d'une scrofuleuse âgée de vingt ans. Cette portion d'os nécrosée présentait quelques traces de vascularité.

L'ulcération fistuleuse par laquelle on a extrait ce fragment était d'apparence manifestement scrofuleuse, et tous les faits observés chez la malade concordent à confirmer ce diagnostic ; cependant **M. Verneuil** a examiné au microscope les bourgeons charnus

développés autour de ce séquestre et y a trouvé des cellules cancéreuses.

M. Houël pense que ce séquestre était détaché depuis longtemps, et qu'il n'était nullement vasculaire.

M. Broca rappelle que les bourgeons charnus qui existent autour des séquestres, renferment quelquefois des éléments fibro-plastiques à grands noyaux, qui ressemblent, à s'y méprendre, à des cellules de cancer.

15. M. Verneuil. Les pièces que je mets sous les yeux de la Société ont été recueillies sur un homme que j'ai opéré d'une *hernie inguinale étranglée*, et qui a succombé à une *complication d'étranglement interne*.

Le malade portait depuis longtemps une hernie inguinale gauche, maintenue habituellement par un bandage, mais incomplètement réduite. Il y a sept jours survinrent des accidents qui donnèrent lieu de penser à un étranglement incomplet : tumeur devenue douloureuse, arrêt des matières, vomissement des boissons, hoquet. Quoique les accidents ne fussent pas pressants, cette circonstance que la tumeur était habituellement maintenue me décida à opérer.

Le sac était très large, et je crus un moment que les accidents étaient plutôt déterminés par l'inflammation que par un étranglement; mais les tentatives de réduction étant impuissantes, j'enfonçai mon doigt très profondément, et je constatai l'existence d'un anneau si élevé que le bistouri n'y pouvait atteindre. J'accrochai cet anneau avec le doigt, je le déchirai, et en pressant méthodiquement l'intestin hernié, je parvins à le réduire. L'épiploon, qui formait la portion irréductible de la tumeur, ne pouvant être réduit à cause de ses adhérences avec le collet du sac, fut coupé.

La journée qui suivit l'opération fut très bonne; quoique le cours des matières ne fût pas rétabli, le hoquet et les vomissements avaient cessé, mais pendant la nuit le malade fut pris de délire et succomba.

A l'autopsie, l'anneau était libre, l'intestin n'était pas ressorti, et l'on ne trouvait ni épanchement sanguin ni péritonite aiguë.

L'anse intestinale n'était ni rompue ni gangrenée, mais elle

était entourée par un demi-anneau formé par l'épiploon qui, adhérent au collet du sac, formait une bride rénitente, partageant en deux portions la masse intestinale, en laissant un tiers à gauche et les deux tiers à droite.

Ainsi, outre l'étranglement de la hernie par le collet du sac, il y avait gêne au cours des matières par la disposition pathologique de l'épiploon, et c'est dans cette dernière circonstance qu'il faut rechercher les causes de la mort.

Une couche épaisse de fausses membranes, tapissant la tunique vaginale du côté correspondant à la hernie, dénotait une inflammation qui doit assez souvent accompagner les tumeurs herniaires.

M. Houël pense avec M. Verneuil que l'étranglement était plutôt produit par le collet du sac correspondant à l'anneau profond du *fascia transversalis* que par l'anneau lui-même; mais cependant la laxité de ce collet d'une part, et de l'autre la disposition de l'épiploon, permettent de rapporter les accidents à l'étranglement interne.

M. Verneuil. L'anneau étranglait, car ce n'est qu'après l'avoir déchiré que j'ai pu réduire l'anse intestinale herniée. Quant à la persistance de l'obstacle au cours des matières, elle s'explique par la bride épiploïque.

M. Broca. Dans ce fait, il y a deux choses à considérer : la hernie et la bride épiploïque.

Quelle a été la filiation des accidents ? On comprend très bien que l'épiploon, venant se souder à l'anneau et bridant l'intestin, puisse donner lieu à une inflammation qui se propage jusqu'à la hernie. En tenant compte de toutes les circonstances de l'observation, je crois que la hernie était plutôt enflammée qu'étranglée; mais, comme je l'ai dit dans ma thèse, les hernies enflammées peuvent s'étrangler par le fait de leur inflammation (*étranglement consécutif*). De même que les anneaux peuvent être cause d'étranglement, de même, lorsque le pédicule de la hernie s'enflamme et augmente de volume, il peut déterminer les mêmes accidents que l'étranglement par le collet du sac. S'il faut un anneau plus étroit pour un *étranglement primitif*, l'anneau que nous avons sous les yeux, et qui du reste a été éraillé pendant l'opération, a très bien pu concourir à un *étranglement consécutif*.

Quant à la persistance des accidents dus à la constriction déterminée par une bride de l'épiploon, M. Laugier a publié dans le *Bulletin chirurgical* une observation analogue, et dans ma thèse j'en ai indiqué plusieurs du même genre.

M. Potain demande si l'on ne pourrait pas attribuer à la tension produite par la bride l'élévation anormale de l'anneau.

16. M. Ladret présente les capsules surrénales d'un sujet mort de la maladie d'Addison (*bronzed disease*, *maladie bronzée*), dans le service de M. Trousseau.

Le malade était un homme âgé de trente-sept ans, cocher du ministre de l'intérieur, placé en apparence dans de bonnes conditions, bien nourri. Depuis cinq à six mois, sa peau, surtout celle du visage, des mains et du pénis, avait contracté une teinte particulière, *coloration bronzée* se rapprochant de celle du mulâtre. Suivant l'expression de sa femme, il devenait *sale*, mais il avait beau se savonner, la teinte persistait. En même temps, il allait s'affaiblissant de plus en plus; il ne mangeait plus, et avait surtout un dégoût prodigieux pour la viande. Il disait avoir maigri des trois quarts, ce qui, en faisant la part de l'exagération, revenait au moins à dire qu'il avait été gras, et qu'il était devenu maigre. Bientôt le malade fut pris d'une diarrhée abondante, au point d'avoir huit à dix garde-robes dans les vingt-quatre heures, de refroidissement de tout le corps, et il succomba (rien qui pût donner l'idée du choléra, ni extinction de la voix, ni selles spéciales, ni suppression des urines).

A l'autopsie, on ne trouva dans le cerveau, le poumon, le cœur, les intestins, aucune lésion capable d'expliquer la mort; rien non plus dans les reins, si ce n'est une légère hypertrophie, et d'après M. Brown-Sequard qui les a examinés, quelques granulations tuberculeuses et des filaments fibreux. Les capsules surrénales hypertrophiées sont indurées, d'une coupe lardacée, et contiennent plusieurs masses tuberculeuses. L'un des poumons renfermait au sommet un petit tubercule gros comme une lentille; il n'y avait de tubercules ni dans les ganglions bronchiques ni dans les ganglions mésentériques. Le sang, examiné par M. Robin, ne présen-

taît pas d'autres altérations que celles de l'anémie ordinaire par perte de sang.

17. M. Garnier met sous les yeux de la Société une *gangrène spontanée* de la jambe gauche chez une enfant, avec *oblitération de l'artère poplitée* et, donne les renseignements qui suivent :

Le 18 février entre à l'hôpital des Enfants Basset (Louise), âgée de huit ans dix mois.

Cette enfant paraît avoir eu toujours une constitution assez malade. Il y a quelques jours, elle éprouva quelques engourdissements dans les deux jambes, mais principalement dans la jambe gauche qui était bleue. Le refroidissement persistant, l'enfant mit le pied dans un four de poêle ; aussi les parents attribuent-ils l'accident à une brûlure.

A l'entrée de l'enfant à l'hôpital, le pied gauche en entier, la moitié inférieure de la jambe, sont couverts d'une peau jaunâtre, sèche, raccornie. La limite qui existe entre les parties saines et les parties malades est parfaitement tranchée.

Le 24, la gangrène augmentant, on propose l'amputation : le père s'y refuse. La coloration violacée de la peau avoisine le genou ; en certains points, la peau s'éraille et laisse écouler un liquide d'une fétidité caractéristique. Délire la nuit. La douleur existe surtout quand on communique des mouvements à la jambe. Nulle trace de douleur sur le trajet des crurales dont les battements ne sont pas perceptibles. Le pouls est presque filiforme..

Le 26, la gangrène augmente surtout en profondeur; la peau et toutes les parties profondes sont gangrenées en avant jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'articulation du genou, et en arrière jusqu'à 7 ou 8 centimètres au-dessus du talon. L'amputation est pratiquée à la partie inférieure de la cuisse. Les artères ont à peine donné du sang.

L'examen de la jambe amputée fait voir que les jumeaux sont gangrenés à quelques centimètres au-dessous de la peau. Les couches profondes sont également réduites en une bouillie noirâtre. Le nerf sciatique interne est en partie détruit par la gangrène. On trouve dans l'artère poplitée, au niveau de sa terminaison, un caillot long de 2 centimètres. Le pied présente une couleur roussâtre.

Il suffit d'exercer une simple traction sur les orteils pour les désarticuler.

Le 27, pas de sommeil. Alcoolature d'aconit. Traitement tonique.

Le 28, la plaie est en bon état ; on enlève les bandelettes de diachylon.

Le 29, agitation ; diarrhée. Potion avec sirop diaœode.

4^{er} mars. Le recollement ne s'est opéré qu'à la partie supérieure de la plaie. Lotions d'eau chlorurée. Pilules avec extrait thébaïque et chlorhydrate de morphine. Le soir, l'enfant accuse un mal de gorge qu'elle dit exister depuis plusieurs jours. Rougeur pointillée sur la face dorsale des poignets, ce qui fait craindre une éruption.

Le 2, les rougeurs ont disparu. Douleur au flanc droit. Les veines sous-cutanées abdominales sont très dilatées.

Le 4, le facies exprime un grand abattement. Somnolence continue. La plaie est blafarde ; ses lambeaux s'écartent. Douleur violente au côté gauche.

Le 5, l'enfant a eu des vomissements et une syncope cette nuit. La plaie est dans le même état.

Le 6, vomissements continuels. L'enfant ne peut plus prendre ni aliments ni médicaments. Délire. La peau est terreuse. Le moignon est d'une sensibilité exagérée. Les ligatures tombent ce matin, et donnent lieu à un léger écoulement sanguin. Pas de diarrhée. Pneumonie à gauche. Vésicatoire. Potion avec sirop de codéine. Mort à cinq heures du soir, sans agonie.

8. *Autopsie.* La plaie est en mauvais état. Le périoste est décollé à 2 centimètres de l'extrémité de l'os. Tous les tissus sont grisâtres. Les artères iliaques sont oblitérées de chaque côté. La fémorale l'est un peu du côté gauche. A droite, l'oblitération ne descend pas au delà de l'anneau crural. L'aorte est oblitérée jusqu'au niveau du tronc coeliaque par un caillot décoloré, tandis que le caillot des artères iliaques est coloré par le sang. Le poumon gauche est hépatisé. Pas de tubercules dans le poumon. Intestin sans altérations.

DU DÉFAUT DE COORDINATION DES MOUVEMENTS COMME SYMPTÔME
DES AFFECTIONS DU CERVELET, par M. DECÈS, interne des hôpi-
taux.

Malgré les progrès incessants de la physiologie, malgré les nombreuses et habiles expériences répétées depuis des années, il est difficile de dire aujourd'hui quelles sont les fonctions des différentes parties de l'encéphale, et par conséquent quels sont les phénomènes que doit entraîner la lésion de l'une d'elles. C'est là une série de problèmes dont un certain nombre déjà a été résolu par les expériences faites sur les animaux, et pour ne parler que du cervelet, on se rappelle les beaux travaux de M. Flourens sur ce sujet. Mais les faits observés sur les êtres d'ordre inférieur ont besoin de confirmation chez l'homme pour lui être appliqués, et c'est à la physiologie pathologique à venir apporter cette série de preuves. Sous ce rapport, l'observation suivante nous a paru mériter quelque intérêt. Nous en avons rapproché les cas semblables, malheureusement trop peu nombreux; car ce n'est qu'en groupant les faits qu'on pourra arriver au diagnostic des affections cérébelleuses, si peu distinctes encore des affections cérébrales.

Tubercules du cervelet et du cerveau; défaut de coordination des mouvements pendant la vie. — Le nommé Picard (Gustave), âgé de quatre ans et demi, né à Paris, demeurant rue Suger, 5, est entré à l'hôpital des Enfants malades le 4^{er} février 1856, salle Saint-Marcou, n° 7, service de M. le docteur Henri Roger.

Yeux bleus, cils longs, cheveux blonds, teint frais et moyennement coloré, lèvres d'une épaisseur moyenne, la supérieure un peu proéminente; les joues sont assez pleines, les ongles n'offrent aucun caractère particulier.

Sur la joue gauche, à la hauteur de la branche montante du maxillaire inférieur, se trouve une cicatrice linéaire, saillante, longue de 2 centimètres, entourée d'un peu de rougeur.

Il n'a pas été malade jusqu'à présent, n'a eu ni ophthalmie, ni otite, ni affection du cuir chevelu.

Le père et la mère sont bien portants; deux frères, beaucoup plus âgés, ont une bonne santé; deux autres frères, plus jeunes, sont morts en bas âge. La mère ignore à quelle affection ils ont succombé.

Le petit malade entre à l'hôpital des Enfants pour y être soigné des scrofules, dont les manifestations sont chez lui : une tumeur fluctuante du volume d'un œuf de pigeon, située sur la face postérieure du métacarpe droit, et qui occupe toute cette région. Le coude droit est gonflé et douloureux. A la cuisse droite, on rencontre plusieurs petites ulcérations qui suppurent assez abondamment. Rien ailleurs : l'enfant ne tousse pas, mais il a peu d'appétit.

Il y a deux mois que le bras et la jambe gauches ont commencé à exécuter des mouvements incertains, mais très peu. Cette incertitude a augmenté peu à peu et surtout depuis le 16 février : il avait alors un peu l'apparence d'une chorée au début ; depuis cette époque, l'enfant ne peut plus ni marcher ni manger seul ; car le bras droit étant le siège de gonflement et de douleurs, ne peut lui servir, et le bras gauche n'exécute que des mouvements incertains et vacillants. Le bras gauche et la jambe gauche seuls présentent ce phénomène. La face et le tronc n'ont rien d'anormal. De plus, ce n'est que quand le petit malade veut exercer des mouvements que leur incertitude se manifeste. Pendant le repos, l'immobilité est parfaite : il n'y a aucun mouvement désordonné. Point de tendance appréciable au mouvement de recul. Point de douleurs, ni pendant le repos, ni pendant les mouvements. Lorsqu'on lui présente un objet à prendre, pour y parvenir, le bras vacille de droite et de gauche, et ce n'est qu'après une série d'oscillations que la main arrive jusqu'à l'objet et peut le saisir. Il serre bien, mais pas très fort, de la main gauche. Les organes génitaux ne présentent rien de particulier. La sensibilité existe partout à gauche comme à droite et ne paraît nullement diminuée. Il n'y a point de soubresauts des tendons.

20 février. Même état ; un peu de tristesse et d'abattement ; l'enfant ne veut plus sortir du lit ; point de fièvre, pouls régulier. L'intelligence est très saine.

21, 22 et 23. Même état ; un peu de constipation. Calomel, 0^r,05, qui provoque trois selles. Rien du côté des organes génitaux.

24, 25 et 26. L'incertitude des mouvements du membre supérieur et du membre inférieur gauche est toujours absolument la même. Pendant le repos, le bras et la jambe restent parfaitement tranquilles, tandis que, lorsque l'enfant fait un mouvement, les

oscillations existent toujours. Ces oscillations sont tout à fait involontaires : le petit malade ne peut s'empêcher de les exécuter. Elles paraissent un peu augmentées. Point de tremblement à la face. La langue se tire facilement hors de la bouche et n'est point déviée : elle est chargée et rouge à la pointe. Légère céphalalgie frontale ; pas de strabisme ; point de nausées, point de vomissements. Un peu de fièvre ; pouls régulier. Intelligence saine : l'enfant répond bien aux questions qu'on lui adresse.

27 et 28. Même état.

29. Délire la nuit ; fièvre ; pouls fréquent et régulier. La peau est chaude et sèche. Un peu de céphalalgie frontale ; le ventre n'est pas sensible à la pression. La langue présente un peu de muguet. Constipation : nouvelle prise de calomel. Les mouvements offrent toujours les mêmes caractères.

1^{er} mars. Muguet abondant sur la langue, beaucoup moins abondant sur les gencives et sur les lèvres : le papier de tournesol, mis en contact avec la langue, rougit fortement. L'incertitude des mouvements a cessé subitement aujourd'hui : l'enfant remue le bras sans qu'il vacille ; mais il n'a plus toute sa connaissance et n'entend pas toujours ce qu'on lui dit. Rien du côté des organes génitaux.

2. Délire la nuit. Le pouls est peu fréquent et irrégulier ; peau modérément chaude ; point de tremblement, abattement, somnolence ; l'enfant se gratte continuellement le ventre avec la main droite par un mouvement qui semble automatique. Il a perdu en grande partie sa connaissance.

3. Même état. Rien d'anormal du côté des membres gauches ; le ventre est écorché par les ongles du petit malade, qui continue à se gratter de la main droite, même quand on le découvre. Il ne semble pas en avoir conscience. La sensibilité est diminuée. Coma. L'enfant tient toujours les yeux fermés et ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. On trouve sur la langue de nombreuses plaques de muguet, dans l'intervalle desquelles elle est d'un rouge vif comme les langues scarlatineuses. Le pouls est toujours peu fréquent et irrégulier.

4. Perte de connaissance complète, coma profond ; on constate aujourd'hui qu'il existe du strabisme. Le soir, convulsions.

5. Coma complet. L'enfant meurt à quatre heures du soir.

Autopsie le 7 mars , à neuf heures du matin , quarante et une heures après la mort. Le cadavre n'est pas émacié.

A l'ouverture du crâne , il s'échappe environ 2 cuillerées à bouche de sérosité limpide. L'arachnoïde offre une teinte jaunâtre et louche ; les circonvolutions cérébrales sont aplaties et ont un aspect poisseux ; les sillons qui les séparent sont à peine marqués. En détachant le cerveau, on rencontre à la face inférieure du lobe antérieur droit une adhérence siégeant à 4 centimètre en avant du trou optique , et qui oblige à détacher un lambeau de dure-mère de la fosse frontale pour enlever le cerveau. Cette adhérence est constituée par un tubercule de la grosseur d'un pois.

Dans la fosse cérébelleuse droite , on rencontre une adhérence du cervelet avec les méninges , qui oblige encore à détacher un lambeau de la dure-mère. Cette adhérence répond à un tubercule du volume d'une noix , ramolli dans son intérieur. Ce tubercule fait une forte saillie dans la substance du lobe droit du cervelet à la partie postéro-externe duquel il se trouve. Il s'énuclee très facilement et semble avoir écarté plutôt que détruit la substance cérébelleuse. Il n'y a pas de travail inflammatoire autour. A la partie antérieure du même lobe cérébelleux droit et à la région supérieure, immédiatement auprès de la protubérance, on rencontre un autre tubercule de la grosseur d'une petite noix, adhérent par sa partie supérieure à la tente du cervelet , et par sa partie inférieure à la substance cérébelleuse. On peut suivre les racines écartées du trijumeau droit, entre ce tubercule et le pédoncule moyen du cervelet. Il est plus adhérent que le précédent à la substance cérébelleuse ; il est également ramolli à son centre , et il n'y a pas non plus de traces d'inflammation autour de lui.

Le lobe gauche du cervelet, examiné avec le plus grand soin , paraît parfaitement sain, et ne présente ni tubercules ni congestion.

On ne trouve pas de tubercules ni de granulations dans les scissures, non plus qu'entre les circonvolutions cérébrales.

En enlevant la pie-mère, on trouve le cerveau ramolli et un peu congestionné. Les deux ventricules latéraux sont un peu dilatés et contiennent de la sérosité ; les membranes ventriculaires ont un aspect louche et semblent épaissies.

L'hémisphère gauche ne présente pas trace de tubercules.

Hémisphère droit. — Indépendamment du tubercule dont nous avons parlé, à la face inférieure de son lobe antérieur, nous trouvons, immédiatement en dehors de la partie moyenne du ventricule droit, un tubercule gros comme une petite noisette, ramolli à son centre, pouvant s'énuccléer facilement, situé dans l'épaisseur de la substance cérébrale et ne faisant pas saillie à l'extérieur. Puis, immédiatement en arrière de la couche optique, en dehors et un peu au-dessus du pédoncule cérébral droit, au niveau de l'angle de jonction de ce pédoncule avec la couche optique, existe un autre tubercule gros comme une aveline, également ramolli à son centre et s'énuccléant aussi très facilement. Enfin, dans l'épaisseur du lobe moyen du même hémisphère, à la partie inférieure et externe, près des méninges, mais sans faire saillie de ce côté, on trouve un autre tubercule gros comme une petite noisette, ramolli au centre, et s'énuccléant facilement.

De même que les tubercules du cervelet, ceux du cerveau ne sont pas entourés de signes d'inflammation. La substance cérébrale n'offre rien de remarquable dans leur voisinage, leur énucléation si facile semble venir du ramollissement que présente le cerveau.

L'examen microscopique des tubercules a été fait par notre collègue et ami M. Luys, qui nous a communiqué la note suivante :

« Les corpuscules tuberculeux sont assez rares, eu égard à la quantité de matière amorphe ; la plupart, à contour irrégulier, contiennent un ou deux noyaux, et présentent, par des gradations successives, tous les degrés qui séparent les cellules épithéliales des corpuscules tuberculeux types. De plus, on trouve une grande quantité de matière amorphe formant une gangue au sein de laquelle ces corpuscules se trouvent plongés, avec des granulations graisseuses et de la cholestérine. Les fibres de tissu cellulaire forment à la périphérie de la masse une sorte de coque résistante, et ces fibres se trouvent encore éparses dans l'intérieur de la tumeur. Elles sont aussi engluées au milieu d'une matière amorphe très épaisse. Pas de globules de pus dans la portion centrale et ramollie. Ce ramollissement ne correspond qu'à un état plus diffus de la matière amorphe, unissant, qui tient les corpuscules dissous. »

La protubérance et la moelle sont saines.

Les poumons n'offrent pas trace de tubercules à la partie posté-

rière de leurs lobes inférieurs ; on trouve quelques noyaux apoplectiques. Le tissu pulmonaire est assez friable ; il présente quelques portions qui semblent carnifiées.

Les ganglions bronchiques sont peu nombreux, mais tuberculeux et ramollis.

Le cœur ne présente rien d'anormal.

Le tube digestif est sain.

Les ganglions mésentériques sont peu volumineux, gros comme de petites lentilles, d'un gris rosé ; leur coupe est tout à fait normale.

La rate est très friable, d'un rouge foncé, et ne contient pas de tubercules ; son volume est normal.

Le foie a sa consistance et son volume habituels ; il ne présente pas de tubercules. En quelques points seulement, il a un aspect gras.

Les reins n'offrent rien de particulier.

— La lecture de cette observation suscite tout d'abord une objection à laquelle il nous faut répondre. Pourquoi attribuer à la lésion du cervelet les phénomènes que l'on a rencontrés chez le petit malade, alors qu'il y avait aussi des tubercules dans l'hémisphère cérébral droit ? Les faits cliniques et les expériences physiologiques nous semblent réfuter cette objection. Nous ne connaissons pas de fait où une lésion quelconque des hémisphères cérébraux ait produit de tels symptômes, et les expérimentateurs n'ont jamais noté le défaut de coordination des mouvements comme conséquence des mutilations qu'ils ont pratiquées sur les lobes cérébraux. Les lois posées par M. Andral viennent encore à l'appui de notre opinion, et pas une de ses propositions ne se trouve en opposition avec elle. C'est lui qui nous apprend que lorsqu'il y a lésion dans le cerveau et dans le cervelet, c'est celle qui s'est développée la première qui tient les symptômes sous sa dépendance. Pour le fait qui nous occupe, cet argument nous paraît plaider fortement en notre faveur. On sait d'ailleurs combien il est peu rare de voir se développer des tubercules dans la masse cérébrale sans amener de manifestations appréciables, et après l'examen attentif de notre observation, il nous semble que les tubercules de l'hémisphère cérébral droit devaient ou amener une paralysie, ou bien, ce qui a eu lieu, ne se manifester qu'à l'au-

topsie. Notons de plus que les tubercules du cerveau étaient situés dans la masse des hémisphères, où ils avaient pu se développer assez peu rapidement pour que les parties voisines s'habituaient à leur contact, tandis que les deux tubercules du cervelet étaient assez volumineux pour occuper une notable portion de son lobe droit. Ainsi, bien qu'il soit matériellement impossible de prouver que les tubercules trouvés dans le cerveau aient déterminé aucun phénomène pendant la vie, il nous semble qu'on ne peut pas rapporter le défaut de coordination du mouvement des membres gauches à autre chose qu'à la lésion du lobe droit du cervelet.

Ce fait nous semble donc intéressant au point de vue de la physiologie et de la pathologie.

Voyons d'abord ce que les auteurs nous disent des fonctions du cervelet.

Selon Willis, c'est le cervelet qui préside aux mouvements involontaires, et en général aux fonctions de la vie organique; mais les expériences faites depuis ont été loin de confirmer cette théorie, contre laquelle s'élèvent encore les faits d'absence congénitale du cervelet en partie ou en totalité.

Pour Lapeyronie, c'est le foyer de la sensibilité. Cette fois encore, les expériences nous disent que si le cervelet peut avoir quelque influence sur la sensibilité, cette influence n'est ni bien directe ni bien considérable.

Pour Rolando et Reil, le cervelet est l'origine de tous les mouvements, et son action est de même nature que celle d'une pile voltaïque. Les faits sont venus démentir cette opinion.

Il faut arriver jusqu'en 1822 pour trouver quelque chose de certain sur les fonctions de cet organe. C'est à cette époque que M. Flourens fit ses belles recherches, et fut amené par de nombreuses expériences à conclure que le cervelet est l'organe de coordination des mouvements. Lorsqu'on lit le travail de M. Flourens, lorsqu'on étudie toutes ses expériences, il semble difficile de ne pas admettre ses conclusions. MM. Bouillaud et Longet ont confirmé par de nouveaux faits les expériences de M. Flourens.

Dans son *Traité de physiologie* (t. II, p. 260 à 272), M. Longet examine les diverses opinions qui ont régné sur ce sujet, en fait la critique, et arrive aux mêmes résultats que M. Flourens. Il fait remarquer que M. Bouillaud, tout en admettant la même théorie

ne croit pas que le cervelet soit le coordinateur de tous les mouvements dits volontaires : ainsi la parole, la mastication, que cet organe ne tiendrait pas sous sa dépendance. Enfin M. Longet termine par cette conclusion : « Toutefois, si dans l'état actuel de la science, il nous était permis de donner quelque préférence à l'une des précédentes opinions, nous choisirions celle qui représente le cervelet comme influençant d'une manière spéciale la coordination du mouvement de translation, parce que la physiologie expérimentale la confirme pleinement, parce que l'anatomie anormale ne la contredit point ; parce que enfin, comme nous avons essayé de le démontrer, elle n'est peut-être pas en opposition aussi formelle qu'il le semblerait avec les faits pathologiques. »

Après l'étude de la physiologie expérimentale, après surtout la lecture du travail de M. Flourens, on est tenté de se dire : Toutes les fois que le cervelet sera lésé d'une manière notable, il y aura pendant la vie des mouvements non coordonnés. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et la physiologie pathologique est loin d'être aussi claire que la physiologie expérimentale. En effet, tantôt des lésions très notables n'ont amené aucun phénomène, tantôt ont déterminé des phénomènes tout autres. Nous en trouvons des exemples dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Citons-en quelques-uns.

En 1854, M. Prost a présenté un cervelet qui était le siège de deux noyaux tuberculeux, et pendant la vie du malade, qui a succombé à une fièvre typhoïde, il n'y avait eu aucun phénomène cérébral : ce n'est que quelques heures avant la mort qu'est survenu du délire.

En 1855, M. Lala a présenté trois cas de tubercules du cervelet sans tubercules du cerveau. Dans le premier, il y avait des convulsions dans la moitié droite du corps, et toute la face était agitée de mouvements spasmodiques. Ces convulsions se renouvelèrent avec des alternatives de coma. Dans les deux autres cas, qui présentent entre eux une analogie remarquable, il n'y a rien eu autre chose qu'une amaurose complète.

La même année, M. Bailly nous a montré un exemplaire de tubercules multiples du cervelet avec une seule masse tuberculeuse qui occupait la couche optique du côté gauche pendant la vie ; il y avait hémiplegie complète du côté droit du corps et hémiplegie

faciale droite; de plus, les membres paralysés devenaient par moments le siège de mouvements convulsifs caractérisés par l'extension du membre avec tremblement. A propos de cette présentation, M. Verneuil fit remarquer que lorsque des tumeurs existent à la fois dans le cerveau et le cervelet, celles du cerveau seules produisent des paralysies.

Dans l'ouvrage d'Abercrombie, on ne trouve pas une seule observation où le défaut de coordination des mouvements ait été noté d'une manière claire. Dans quelques unes de ses observations, on rencontre des phénomènes qui s'y rattachent peut-être, mais d'une façon trop peu précise pour que nous les rapportions (4).

M. Andral, qui a fait sur ce sujet les recherches les plus complètes et analysé tous les cas publiés alors, ne donne point ce phénomène comme symptôme des affections du cervelet. Cependant il signale trois observations dans lesquelles on l'a rencontré. Nous avons recherché ces observations que nous rapporterons tout à l'heure, moins une pourtant qu'il nous a été impossible de trouver à la source qu'indique M. Andral : c'est celle de M. Guérard cité par M. Montaut dans le *Journal universel et hebdomadaire*.

Dans la dernière édition de sa *Clinique*, M. Andral rapporte un cas d'absence de l'un des lobes du cervelet. Chez cette malade, qui a vécu quarante-deux ans, on n'a point remarqué le défaut de coordination du mouvement : des phénomènes nerveux, une grande excitabilité, et surtout une extrême pusillanimité, étaient les principaux symptômes qui furent rencontrés chez cette malade.

Dans le seul cas d'absence du cervelet publié en 1834 par le docteur Combette, le sujet pouvait marcher, mais se laissait souvent tomber. Nous verrons plus loin un symptôme analogue dans un cas de ramollissement du cervelet.

Gall (*Traité des fonctions du cerveau*, t. III, p. 344) rapporte le fait suivant :

« Le comte Philippe II, âgé de quarante et quelques années, se » plaignait depuis quelques mois de douleurs hémorrhoidales ;

(1) Dans l'observation 82 d'Abercrombie, il existait une incertitude notable dans les mouvements des bras, et l'on trouva dans le cervelet deux tubercules, un dans chaque lobe.

(NOTE DU RAPPORTEUR.)

» outre cela, il éprouvait des nausées continuelles, une pression
 » très désagréable à la nuque et une tendance à tomber en avant,
 » comme s'il voyait un précipice à ses pieds. Plusieurs médecins
 » attribuèrent tous ces symptômes aux hémorrhoides; pour moi,
 » j'en conclus qu'il existait un vice organique dans le cerveau.
 » Quelques mois après, le malade mourut, et nous trouvâmes sur
 » la tente une masse charnue de deux pouces de diamètre qui avait
 » comprimé le cervelet. Plus tard, je lus dans Hahnemann la
 » description des mêmes symptômes. A l'autopsie cadavérique, on
 » avait trouvé le cervelet en pleine suppuration. A cette époque,
 » je n'avais pas fait attention à l'influence du cervelet sur l'instinct
 » de propagation et sur les parties sexuelles. »

Toutes les autres observations de Gall n'ont trait qu'à cet instinct de propagation dû à l'influence du cervelet, et auquel il n'avait pas encore songé lorsqu'il recueillit le fait précédent.

Dans la *Revue médicale* (1824, t. II, p. 46), nous trouvons dans le mémoire de M. Bayle sur quelques points de la physiologie et de la pathologie du système nerveux, un passage que nous pensons devoir citer. A propos d'un cas d'apoplexie du cervelet, M. Bayle fait les réflexions suivantes (p. 70) : « Nous voyons que la femme a éprouvé de l'agitation et des mouvements convulsifs. Ceux-ci n'étaient donc pas coordonnés et réguliers, ce qui viendrait à l'appui de l'opinion de M. Flourens, si ces symptômes avaient été continus. »

Cette extension de la théorie de M. Flourens jusqu'aux convulsions, qui seraient ainsi regardées comme un défaut de coordination du mouvement, nous semble un peu trop large. Si des mouvements convulsifs ne sont pas des mouvements réguliers, nous pensons néanmoins qu'il y a là une distinction importante que n'a pas faite M. Bayle; autrement nous trouverions, presque dans toutes les observations d'affection du cervelet, la confirmation des opinions de M. Flourens, et les preuves pathologiques en seraient alors extrêmement nombreuses.

Plus loin, dans le même mémoire, on rencontre un fait fort intéressant, et qui rentre complètement dans les théories de M. Flourens. Ce fait a été recueilli par M. Rousset.

Il s'agit d'un cuisinier de trente-trois ans, entré à l'hôpital Necker à la fin de décembre 1823. Depuis plusieurs années, il

éprouvait une douleur sourde, quelquefois lancinante, plus ou moins passagère, à la partie postérieure et inférieure droite du crâne, et depuis six mois, il était sujet à des éblouissements et à des vertiges. *La démarche était chancelante* ; il perdait quelquefois la mémoire des mots, jamais celle des idées. Depuis le mois de novembre, crampes et fourmillements. Il n'avait subi aucun traitement. A son entrée, face pâle, sourcils légèrement froncés, traits constamment dilatés par un sourire stupide. *Démarche d'un homme entre deux vins*. Les jours suivants, même état, et mort le sixième jour. A l'autopsie, injection des sinus et des vaisseaux sous-arachnoïdiens, circonvolutions aplaties, cerveau sain, cervelet plus mou proportionnellement, et contenant dans son hémisphère droit une tumeur cancéreuse encéphaloïde de la grosseur d'une moyenne noix.

L'auteur donne ce fait comme un cas d'affaiblissement du mouvement ; il nous semble qu'il aurait dû bien plutôt le rattacher au défaut de coordination qu'à la faiblesse des mouvements. Il est dit que le malade avait la démarche d'un homme entre deux vins, et si l'individu ivre auquel le sujet est comparé est faible, c'est surtout le défaut de coordination des mouvements qui donne à sa démarche le caractère chancelant.

Pourfours du Petit (1^{re} de ses 3 lettres sur le cerveau, Namur, 1710) parle d'un soldat qui reçut un coup de mousquet dont la balle avait traversé le lobe gauche du cervelet et le lobule postérieur du cerveau : ce malade présenta un grand désordre du mouvement.

Enfin, nous citerons une observation de M. Robert Bianchi (*Gaz. hebdomadaire*, 29 juin 1855). Il s'agissait d'un homme de soixante-cinq ans adonné à l'ivrognerie, qui depuis quinze ou vingt ans ne pouvait marcher qu'avec un bâton ; lorsqu'il cherchait à aller vite, il tombait, et s'il parlait trop vite, il y avait de l'agitation et des tressaillements pendant quelques minutes dans les jambes. Chez cet individu, la masturbation était constante. A l'autopsie, on trouva le cerveau sain, mais le cervelet tellement ramolli en totalité qu'on ne put l'enlever.

Ce dernier cas a des rapports avec le nôtre, surtout si l'on se rappelle les expériences de M. Flourens. Toutes les fois que ce célèbre physiologiste donnait de l'alcool à des oiseaux, il trouvait le cervelet fortement congestionné. On comprend ainsi les effets de

l'ivresse sur la locomotion. Ce fait de la congestion du cervelet produite par l'alcool, nous paraît très important au point de vue de la physiologie de cette partie de l'encéphale. Notons encore que si dans l'ivresse nous trouvons comme lésion anatomique une congestion du cervelet, et comme symptôme un défaut de coordination du mouvement, dans le *delirium tremens*, où ce n'est plus le cervelet qui offre des désordres anatomiques, nous ne rencontrons plus le même phénomène.

En résumé, nous trouvons cinq ou six observations de lésions du cervelet dans lesquelles on a observé le défaut de coordination du mouvement, mais dans le plus grand nombre des faits, il n'est point parlé de ce symptôme. Peut-être pourrait-on le deviner dans quelques-uns ; peut-être pourrait-on jusqu'à un certain point expliquer les cas où l'on a rencontré des symptômes tout différents. Nous n'entreprendrons pas cette tâche, bien qu'il serait facile d'arguer de la compression des parties voisines, de la propagation de l'inflammation, et M. Longet a fait voir que les faits pathologiques ne sont pas en opposition formelle avec la théorie de M. Flourens. Néanmoins, on doit se garder de vouloir les expliquer tous ; il faut les accepter tels qu'ils sont décrits, tout en regrettant de ne pas trouver dans la pathologie du cervelet plus de certitude de diagnostic. Ce signe que nous indiquent les physiologistes, et qui nous serait si précieux pour différencier les maladies du cervelet de celles du cerveau avec lesquelles on les confond généralement, ce signe, disons-nous, nous ne l'avons vu noté que dans les quelques faits que nous avons rapportés.

Cependant nous dirons que le défaut de coordination des mouvements n'a peut-être pas toujours été recherché avec assez d'attention. Dans les cas où il est signalé, il s'agit d'individus qui ont été vus debout et marchant, et dont les mouvements, par conséquent, étaient faciles à observer. Mais lorsque le malade est couché, qu'il est immobile au moment où on l'examine, on conçoit facilement que ce phénomène puisse échapper à l'observateur, s'il ne le recherche pas en faisant exécuter des mouvements ; c'est surtout de cette manière que nous l'avons perçu dans notre observation. On se rappelle sans doute, en effet, que pendant le repos, on ne remarquait chez notre petit malade rien d'appréciable ; que si, au contraire, on lui commandait un mouvement, le bras ou la

jambes n'arrivait au but qu'après avoir vacillé de droite et de gauche. L'attention avait été d'ailleurs attirée de ce côté par les renseignements antérieurs qui nous apprenaient que cette irrégularité de mouvement avait frappé les parents depuis plus de deux mois.

Quelles conclusions devons-nous tirer de ce qui précède? Les lois qu'a posées M. Andral (*Clinique médicale*, 4^e édit., t. V, p. 656) sont trop connues pour que nous les rapportions ici ; nous avons voulu signaler seulement un fait de plus. Il nous semble pourtant que l'étude des faits nous autorise à établir que si l'on rencontre des lésions du cervelet sans qu'il y ait eu défaut de coordination du mouvement, du moins jamais il n'y aura défaut de coordination du mouvement sans lésion du cervelet. On devra donc rechercher ce signe avec le plus grand soin, car il est pathognomonique d'une affection cérébelleuse, et permettra, si on le trouve, de porter un diagnostic sûr et exact.

Extrait du rapport de M. GOUPIE sur le travail précédent.

Au point de vue du diagnostic, le fait le plus curieux de l'observation de M. Decès est sans contredit l'apparence choréiforme des mouvements qu'a présentée le petit malade au début. Mais l'erreur, sous ce rapport, n'a pu être de longue durée ; car les mouvements choréiques se produisent sans que le sujet veuille exécuter de mouvement, tandis que le défaut de coordination ne se manifeste que lorsque le malade veut saisir un objet ou se mouvoir ; dans le repos on n'observe rien. D'ailleurs il n'y avait aucun mouvement désordonné du côté de la face. Nous regrettons que l'observateur n'ait pas traité ce point de diagnostic : il eût été bon d'appeler l'attention sur ce sujet : car on sait que, dans quelques cas, la chorée était évidemment symptomatique. Ainsi, dans les faits que M. Bazin a rapportés en 1834 dans sa thèse, on donne un exemple de chorée chez un sujet ayant présenté comme altération pathologique, à l'autopsie, des plaques osseuses arachnoïdiennes à la surface du cervelet, et, au dire de Georget, on a souvent observé la chorée sur des enfants dans l'encéphale desquels existaient des tubercules.

Nous n'oserons pas insister sur ces faits encore trop douteux ; aussi approuvons-nous complètement la réserve de M. Decès. Nous

voulions seulement rappeler qu'il s'en était un peu trop départi, en émettant que si les affections du cervelet ne s'accompagnaient pas toujours de défaut de coordination du mouvement, en revanche, on ne trouvait jamais ce défaut sans lésions de cervelet. Il nous suffirait, en effet, de citer la chorée, affection purement nerveuse et rarement symptomatique dans laquelle on ne trouve pas de lésion du cervelet, et qui est, sans contredit, un des exemples les plus frappants du défaut de coordination du mouvement.

FRACTURE MIXTE, INTRA- ET EXTRA-CAPSULAIRE DU COL DU FÉMUR,
par M. LABBÉ, interne des hôpitaux.

La femme Talbot, âgée de soixante-treize ans, fait une chute le 24 décembre 1855, près de son feu; elle ne peut se relever que péniblement, et le feu prend à ses vêtements. Elle entre à l'hôpital pour sa brûlure, et l'on constate en outre un raccourcissement du membre abdominal gauche de 2 centimètres, de la rotation du pied en dehors, que l'on ramène difficilement en dedans; pas de crépitation. La douleur de la hanche est nulle, au point que la malade ne peut pas croire à sa fracture, et elle succombe le 7 janvier aux suites de sa brûlure (entérite, muguet), c'est-à-dire le quinzième jour après sa chute.

Description de la pièce. — Il n'y a pas le moindre travail de consolidation, et cependant les fragments sont très peu mobiles, grâce à quelques dentelures qui les engrènent.

La fracture est presque parallèle à l'axe du corps du fémur, un peu oblique pourtant de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant; elle divise le col en diagonale partant du bord supérieur du cou à son union avec la tête, et s'étendant au bord inférieur, à son union avec le corps du fémur, à un demi-centimètre environ du petit trochanter.

Le fragment supérieur, ou plutôt la portion du col adhérente à la tête du fémur, se termine en pointe et *dépasse en bas l'insertion de la capsule fibreuse d'environ $\frac{1}{4}$ ou 5 millimètres* (on pénètre dans la fracture sans détacher l'insertion inférieure de la capsule).

Le fragment inférieur s'est élevé de telle sorte que le bord supérieur du grand trochanter est sur le même plan transversal que la tête.

Le bord inférieur du col semble avoir conservé sa longueur normale ; mais le bord supérieur est presque complètement effacé, et la tête n'est plus séparée de l'angle postéro-supérieur du grand trochanter que par quelques millimètres.

Il en est de même de la face postérieure du col, presque complètement effacée, aux dépens de laquelle seule et du bord supérieur semble s'être faite la pénétration (la diaphyse est donc légèrement déjetée en dehors).

Est-ce bien là une pénétration ? L'existence d'une cavité assez lisse, creusée dans le fragment externe pour recevoir la tête, indique déjà plutôt un tassement, un refoulement des cellules les unes sur les autres, qu'une véritable pénétration. La section des deux fragments montre en effet que le tissu osseux est comme devenu plus compacte plutôt que rompu vers le bord supérieur et la face postérieure, c'est-à-dire vers les parties où existerait la pénétration.

Réflexions. — S'il n'était pas démontré déjà par tant de faits que l'influence musculaire sur les déplacements est à peu près nulle, cette pièce pourrait le prouver clairement. En effet, ces fragments d'os, dépouillés même de leurs muscles, sont très peu mobiles, puisqu'ils sont engrenés l'un dans l'autre ; or, quelle serait donc la force musculaire capable de produire un refoulement aussi prononcé des cellules postérieures d'une part (d'où la rotation en dehors), et l'élévation du fragment externe (d'où le raccourcissement) ? Il est alors évident, d'après l'examen de cette pièce, que la cause fracturante seule a pu déterminer ce double déplacement (d'ailleurs il y a des fractures du col avec rotation du pied en dedans, et cependant les muscles sont les mêmes). De plus, s'il est vrai, d'après M. Rodet, que « les fractures du col du fémur offrent une situation et une direction en rapport avec le sens dans lequel a agi la violence qui les a produites », la disposition de ces fragments indique ici ce que le récit des malades n'apprend guère, à savoir que la cause est double, c'est-à-dire *verticale et antéro-postérieure*. Jusque-là rien d'anormal dans cette fracture ; mais elle présente quelque chose de très rare, c'est d'être à la fois *intra- et extra-capsulaire*. Or, il ne peut y avoir de doute à cet égard, puisque, avant d'inciser la capsule à sa partie moyenne, on sentait la pointe du fragment interne au-dessous de son insertion inférieure, d'une

part, et que, d'autre part, une ouverture communiquant avec le foyer de la fracture dans ce point laissait écouler un liquide sanguinolent mêlé de synovie.

Au point de vue des symptômes, ce fait pourrait encore montrer que si la réunion des sept signes d'A. Cooper était indispensable, bien des fractures du col seraient méconnues ; car il n'y avait ni crépitation, ni douleur, ni ecchymose.

FRACTURE EXTRA-CAPSULAIRE DU COL DU FÉMUR A SA BASE, COMPLIQUÉE DE FRACTURE COMMUNITIVE DU GRAND TROCHANTER. — Observation par M. LABBÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Rosalie Brard, âgée de soixante-treize ans, entre à la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 4, le 27 février 1856, pour une fracture du col du fémur droit, causée par une chute sur le grand trochanter, qu'elle fit le 23 février 1856. Cette femme, atteinte déjà d'un large ulcère à la jambe, est prise bientôt de diarrhée, et succombe le 8 mars, c'est-à-dire le quatorzième jour après l'accident. Après la mort, comme pendant la vie, la rotation du pied en dedans est aussi facile que la rotation en dehors, et le pied reste entraîné par son poids dans celle de ces deux positions où on le met ; on fait aussi, par une traction légère, disparaître le raccourcissement. En un mot, il y a une mobilité extrême, et l'on constate facilement la crépitation ; ecchymose large de la région trochantérienne.

Examen de la pièce. — La partie supérieure du fémur est divisée en plusieurs fragments et esquilles ainsi disposés : l'un, le plus considérable (7 centimètres de longueur sur 2 de largeur environ), comprend la moitié postérieure du grand trochanter et tout le petit trochanter ; il a en bas pour limites les deux lèvres de la ligne âpre, et se termine en pointe (en forme de V) au point où elles se bifurquent. Ce fragment, très mobile, et ne tenant plus au reste de l'os que par l'insertion postérieure de la capsule, coiffe, pour ainsi dire, toute la face postérieure du col qui a pénétré dans la diaphyse jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la surface externe. Le fragment est donc déjeté en arrière, de telle sorte que son bord externe est éloigné du reste de la diaphyse d'au moins 3 centimètres en haut et de

4 centimètre en bas. C'est au milieu de cet écartement considérable que l'on aperçoit la base du col rompue immédiatement en dedans de la capsule ; les dimensions du col ne semblent point modifiées. Il n'y a ni tassement des cellules ni pénétration dans le col ; mais on voit manifestement, au contraire, que le col a pénétré dans la diaphyse et a fait éclater la mince couche de tissu compacte qui restait. Il importe de signaler une certaine altération de l'os, qui sans doute est consécutive à la fracture. La surface du foyer de la fracture est couverte d'une espèce de bouillie sanieuse, sanguinolente, qui indique une destruction récente des cellules spongieuses superficielles ; le stylet pénètre dans la substance spongieuse comme dans du beurre.

Réflexions. — Contrairement à la fracture de l'observation I^{re}, voilà un exemple de vraie pénétration ; mais ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est l'existence simultanée d'une fracture comminutive de l'extrémité supérieure du fémur. Doit-on ranger cette fracture parmi celles du col ou celles du fémur ? Telle a été la question débattue devant votre Société. Il semble qu'il ne peut y avoir de doute, d'après la disposition des fragments, que le col ne se soit fracturé primitivement à sa base, et que celle du grand trochanter ne soit consécutive : donc nous avons encore là une fracture mixte.

Extrait du rapport de M. GUYON sur les deux observations précédentes.

Ces deux fractures du col du fémur sont intéressantes à divers titres, et de leur étude anatomique ressortent quelques particularités que je crois devoir rappeler. Les malades étaient deux vieilles femmes de soixante-treize ans : la première tomba de sa hauteur près de son feu ; elle s'était, en même temps, fait des brûlures graves qui occasionnèrent la mort au bout de quinze jours. La fracture est intra-capsulaire, précisément à l'union de la tête et du col, et à peu près verticale, et serait parfaitement intra-capsulaire, si de la partie inférieure du fragment supérieur ne se détachait une languette osseuse qui descend jusqu'au petit trochanter et dépasse l'insertion de la capsule fibreuse de 4 à 5 millimètres ;

de telle sorte que, par ce point, on peut pénétrer dans le foyer de la fracture sans inciser la capsule. Ce n'est là, il est vrai, qu'une variété rare, qu'un de ces traits bizarres qui peuvent venir se surajouter aux types que l'on retrouve constamment dans les différents genres de fractures. Une particularité plus importante ressort de la disposition réciproque des deux fragments ; le bord supérieur du col est presque complètement effacé, de même que sa face postérieure ; de plus, la tête est abaissée, si bien que le grand trochanter, légèrement porté en arrière, semble vouloir venir enca-puchonner la tête fémorale. Si, avec cela, nous remarquons que les deux fragments sont peu mobiles, nous serons en droit de nous demander s'il n'y a pas eu pénétration. Cependant, l'examen anatomique de la pièce n'a pas complètement confirmé cette présomption ; en effet, les deux fragments, joints par une bande épaisse et forte dépendant du périoste, peuvent cependant être séparés ; le foyer de la fracture s'ouvre en deux valves, et l'on voit alors qu'il existe sur le fragment inférieur une sorte de cavité assez lisse, et au contraire une sorte de saillie sur le fragment supérieur, ou plutôt, pour plus m'approcher de la vérité, un emboîtement réciproque des deux fragments ; ce serait à une sorte de tassement des vacuoles de l'os que l'on devrait rapporter la diminution de longueur du col fémoral : l'examen de la coupe verticale de la fracture semble, du reste, confirmer cette supposition.

Quoi qu'il en soit, on comprend ce qu'aurait eu d'heureux cette disposition au point de vue de la consolidation, si elle eût dû s'effectuer, il n'y avait cependant encore aucune trace de travail réparateur ; mais les conditions dans lesquelles s'est trouvée la malade sont trop complexes pour que l'on sache si c'est à l'espèce de la fracture ou à l'état général que cela doit être attribué.

La seconde fracture est extra-capsulaire et a été produite par une chute sur le grand trochanter, ainsi que l'atteste une large et profonde ecchymose. La malade est, du reste, porteuse d'énormes ulcères aux jambes et dans un mauvais état général. Contrairement à la précédente, chez laquelle on n'observe guère comme symptômes que le raccourcissement et la déviation du membre sans douleur appréciable, celle-ci accuse une vive douleur à la pression ; la crépitation s'obtient facilement, le raccourcissement se réduit aisément, et le pied, porté dans la rotation en dedans ou en dehors,

y demeuré à peu près indifféremment ; le raccourcissement est de 0.03. La fracture est, nous l'avons dit, intra-capsulaire. En effet, le col est fracturé à sa base ; de telle sorte que, séparé du corps de l'os en avant par une ligne oblique étendue du sommet du grand trochanter au petit, et en arrière à la base même du grand trochanter, il reste, en définitive, entièrement complet. En arrière, il a pénétré dans le grand trochanter, s'y est creusé une cavité et l'a fait éclater en deux fragments principaux, dont le postérieur, qui comprend la moitié du grand trochanter, le petit et une petite portion de la diaphyse, est complètement séparé et fait partie du fragment interne, bien qu'il en soit distinct, et lui est seulement relié par le fait de la pénétration et par sa disposition autour du col, qu'il embrasse à la manière d'un demi-anneau. Je rappelle ici ces détails anatomiques, bien qu'ils aient été nettement exposés dans les observations et les présentations de M. Labbé ; car ils peuvent conduire à se demander, comme on l'a fait dans la Société, si cette fracture, dont le foyer est en plein centre du grand trochanter, doit être confondue sous le nom d'*extra-capsulaire du col* dans les variétés de la fracture du col fémoral. La pénétration est chose commune dans les fractures extra-capsulaires du col fémoral ; M. Malgaigne professe même qu'elle existe dans toutes les fractures qui détachent le col du fémur à sa base ; mais il remarque qu'elle offre des différences qu'il est bon de noter. Ici elle est de toute évidence, et c'est là, je crois, le fait dominant dans la lésion qui vous a été soumise. Le col a été en effet nettement détaché à sa base, suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; la pénétration s'est effectuée, et le grand trochanter a éclaté sous l'influence de cette pénétration ; il y a donc en réalité une fracture extra-capsulaire avec pénétration et complication de fracture comminutive, bien qu'en réalité, par le fait de la pénétration qui, pour le faire remarquer en passant, n'est ici, comme presque toujours, complète qu'en arrière, le foyer principal de la fracture se trouve transporté au centre de cette apophyse. L'examen de la pièce en avant, où la pénétration est incomplète, confirme, je crois, cette interprétation.

PONCTION D'UN KYSTE DE L'OVAIRE ; RUPTURE D'UNE PETITE POCHE ADHÉRENTE AU KYSTE PRINCIPAL ; MORT. — Observation par M. CAVASSE.

Une femme de trente-deux ans , qui n'a jamais eu d'enfants , portait depuis plusieurs années une tumeur dans l'abdomen. Cette tumeur, au mois de mars 1855 , fut reconnue pour un kyste de l'ovaire et ponctionnée. Il s'écoula un litre de liquide épais , de couleur chocolat ; on fit ensuite une injection de teinture d'iode, et la malade quitta l'hôpital quelques jours après.

Depuis cette époque , cette femme a toujours eu des douleurs dans le ventre ; à différentes reprises, elle a eu des accès de fièvre avec un peu de frisson et des sueurs assez abondantes.

Au mois de juillet 1856, elle est entrée à la Pitié, au n° 23 de la salle Saint-Jean, service de M. Maisonneuve.

Dans la fosse iliaque droite on trouve une tumeur non bosselée, fluctuante, montant jusqu'à l'ombilic, dépassant la ligne médiane de 3 centimètres.

Par une première ponction, pratiquée le 9 juillet , on fit sortir 600 à 700 grammes de pus mêlé de fausses membranes. Une canule , qu'on avait laissée à demeure dans l'intention de faire des injections, se déplaça dans la journée. Il fallut donc attendre que le kyste fût assez volumineux pour être de nouveau ponctionné.

Le 5 août, ponction avec un trocart très gros dont la canule peut être fixée par un mécanisme particulier ; il s'écoule 300 à 400 grammes de pus mal lié, mais non fétide. Injection d'eau tiède.

Les jours suivants, il y a des douleurs dans toute l'étendue de la tumeur ; peu de réaction générale : c'était une inflammation du kyste.

Le 10 août, dans la soirée, douleurs très vives dans l'abdomen ; 408 pulsations ; envies de vomir, etc. Il est difficile de ne pas reconnaître une péritonite.

La malade meurt trois jours après. L'autopsie vient confirmer le diagnostic , en montrant dans l'abdomen des fausses membranes et un épanchement de pus.

Le kyste a pour point de départ l'ovaire du côté droit ; son volume est celui d'une tête d'adulte ; ses parois ont 4 centimètre

'épaisseur. En avant, il est intimement uni à l'épiploon et à la face postérieure des parois abdominales, dans une étendue de 6 centimètres, tout autour de l'orifice fait par le trocart. La face interne est rugueuse ; il est évident qu'il y a là des fausses membranes qui doublent les parois primitives du kyste. Vers la ligne médiane, on trouve deux poches du volume d'une orange, séparées l'une de l'autre et du kyste principal par des parois épaisses qui ressemblent à des fausses membranes organisées : l'une de ces poches est rompue ; les bords de l'ouverture sont noirâtres, déchiquetés, gangréneux. L'autre poche contient du pus.

Nous pensons qu'il y a eu primitivement un seul kyste ; que le cloisonnement est postérieur à la première injection de teinture d'iode, et tient à la sécrétion des fausses membranes.

Ce fait nous paraît encore démontrer l'influence que peut avoir l'inflammation d'une poche sur les autres dans un kyste multiloculaire. Le kyste qui s'est rompu n'avait pas été en contact avec l'instrument.

C'est l'épanchement de la matière qu'il contenait qui a produit la péritonite.

KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES ; EXAMEN MICROSCOPIQUE ; ÉCHINOQUES, par M. SÉNAC, interne des hôpitaux.

Le 9 juin 1856, entre à l'hôpital La Riboisière le nommé T.... (François), exerçant la profession de tailleur, âgé de soixante-trois ans.

Cet homme avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsqu'il s'aperçut, au mois de novembre dernier, que ses forces déclinaient. En même temps, son ventre grossit rapidement, l'appétit diminua et il survint une constipation très opiniâtre. L'amaigrissement se prononça de plus en plus, et au mois de janvier apparut une tumeur dans la région hépatique. Jamais il n'y a eu d'ictère.

A son entrée, on constate une augmentation de volume considérable de l'abdomen, due à une tumeur qui occupe la presque totalité de l'abdomen. Cette tumeur est fluctuante ; son bord inférieur est saillant et descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dans ce point elle forme un rebord saillant qui semble

formé par le bord antérieur du foie. On recherche en vain le frémissement hydatique; cependant, à deux ou trois reprises on éprouve une sensation assez analogue à celle que produirait un frottement entre deux surfaces rugueuses.

Les organes de la circulation et de la respiration ne présentent aucun phénomène morbide. La digestion s'accomplit assez bien : il y a seulement de la constipation qui fatigue beaucoup le malade.

La tumeur abdominale ayant fait de rapides progrès depuis deux ou trois mois, et l'affaiblissement augmentant de jour en jour, on se décide à agir.

Une ponction exploratrice donne issue à une certaine quantité de liquide transparent, incolore, ne contenant pas d'albumine. M. Bourdon diagnostique un *kyste hydatique du foie*, et l'on commence des applications de caustique de Vienne tous les deux jours.

À la quatrième application, le kyste est ouvert, et il s'échappe une quantité considérable de liquide légèrement trouble, mélangé d'hydatides en grand nombre et d'un volume variable depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un gros œuf de poule.

Examinées au microscope, toutes ces hydatides contiennent des échinocoques. Tous les échinocoques avaient leurs granulations colorées en rouge, au lieu d'être incolores comme elles le sont habituellement. Au-dessous de la membrane acéphalocystique, on trouve dans quelques points de nombreux cristaux d'hématoidine. Dans d'autres, la membrane elle-même est colorée en rouge, sans qu'il soit possible de reconnaître la forme cristalline de l'hématoidine.

Enfin, le liquide du kyste contient en grand nombre des cristaux rhomboïdaux d'hématoidine et des cristaux de cholestérine.

L'évacuation du kyste hydatique eut lieu le 30 juin. À partir de ce moment, on fit deux fois par jour des lavages à grande eau, en ayant soin de laisser le kyste rempli de liquide après chaque lavage. À deux reprises on injecta une solution iodée très étendue.

La tumeur du foie s'affaissa rapidement; son bord inférieur remonta bientôt à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; mais, en même temps, on constata une tumeur considérable et saillante siégeant dans l'hypochondre gauche.

L'état général du malade se soutint assez bien jusqu'au 15 juillet;

une amélioration sensible se montra même au début : chaque jour il sortait quelques hydatides entières ou vidées.

Le 17 juillet survinrent quelques frissons, et un érysipèle se déclara sur la cuisse droite et le bras gauche.

A partir de ce moment, les forces déclinerent rapidement. Le liquide qui sortait du kyste prit une teinte purulente et répandit une odeur fétide ; enfin le malade succomba dans le marasme, sans avoir jamais eu de selles diarrhéiques.

A l'autopsie, on trouve sur la face interne du péricarde et sur la face interne du cœur des fausses membranes de formation récente, traces d'une péricardite non constatée pendant la vie. Le péricarde, du reste, ne contient pas de liquide ; les poumons sont sains, adhérents aux parois costales dans toute leur étendue.

Des adhérences très solides et très étendues sont établies entre les feuillets du péritoine, au niveau de l'ouverture pratiquée dans les parois abdominales.

Par cette ouverture on pénètre dans une vaste poche située sur la face antérieure du lobe droit du foie ; la paroi inférieure et postérieure de cette poche est formée par la capsule de Glisson épaissie ; sa paroi supérieure et antérieure est formée par le diaphragme et les parois abdominales, auxquelles adhèrent entièrement les deux feuillets du péritoine. A droite et en haut existe un orifice étroit de communication entre cette cavité et un vaste abcès qui a détruit la plus grande partie du lobe droit du foie. Cet abcès est tapissé par des débris d'une membrane de consistance cartilagineuse, et dans laquelle sont incrustés des cristaux d'hématoidine.

Toute la face antérieure du foie, située à gauche du ligament suspenseur, est creusée d'une vaste poche hydatique ayant détruit le tissu de la glande et contenant un grand nombre d'hydatides dont quelques-unes encore entières.

A la face inférieure du foie, vers son bord postérieur, on constate une destruction très étendue du tissu hépatique ; enfin, de nombreuses hydatides sont contenues dans le foie, les unes profondément situées, les autres formant saillie à la surface de l'organe.

Des hydatides en grand nombre sont disséminées dans les replis péritonéaux qui du foie s'étendent à l'estomac et dans l'épiploon gastro-splénique. Quelques-unes de ces hydatides atteignent le volume d'un œuf.

D'autres hydatides en grand nombre existent dans l'abdomen. Elles offrent un volume très variable : quelques-unes égalent celui du poing ; les plus petites ont à peine le volume d'une tête d'épingle. Celles-ci, au premier abord, ressemblent à des ganglions nombreux disséminés dans le mésentère, et il faut les examiner au microscope pour reconnaître leur nature. Toutes ces hydatides sont situées dans les replis du péritoine qui vont tapisser les intestins. Quelques-unes se sont pédiculées et semblent contenues dans la cavité du péritoine. Il n'en est rien cependant, et toutes ces tumeurs sont situées au-dessous de la séreuse.

La rate et les reins sont sains. L'estomac ne présente rien de remarquable.

Enfin, entre la vessie et le rectum on trouve une tumeur hydatique très remarquable. Cette tumeur a un volume supérieur à celui du poing chez l'adulte ; sa forme est ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas. Cette tumeur adhère intimement au rectum dans le tiers moyen de sa face antérieure ; elle adhère non moins intimement à la face postérieure de la vessie. Sa face supérieure et ses parties latérales sont recouvertes par le péritoine, au-dessous duquel rampent les uretères, qui sont accolées à la tumeur.

Son extrémité inférieure est libre et dépasse en bas de 3 centimètres le col de la vessie.

Cette tumeur, close de toutes parts, contient un grand nombre de poches hydatiques vides et un liquide demi-purulent.

L'examen microscopique de kystes du mésentère a démontré que toutes les hydatides contenaient des échinocoques : ceux-ci se distinguaient de ceux trouvées dans le foie par la coloration blanche de leurs granulations. Deux de ces animaux non rétractés comme ils le sont le plus souvent chez l'homme, étaient animés de mouvements de contractilité très évidents, limités à leurs ventouses. Les mouvements de ces organes n'avaient pas lieu simultanément : ils survenaient sans ordre bien déterminé.

Aucune de ces hydatides ne contenait d'hématoidine.

ICTÈRE PARAISSANT SYMPTOMATIQUE DE LA PRÉSENCE D'UN ASCARIDE LOMBRICOÏDE DANS LES VOIES BILIAIRES. — Observation par M. SCHLOSS.

Marie X..., trente-six ans, cuisinière, rue Saint-Denis, n° 234, femme grande, d'un embonpoint modéré, très impressionnable, habituellement bien réglée.

Jusqu'à l'âge de neuf ans, elle a rendu assez fréquemment dans les selles des vers que sa description me fait rattacher aux oxyures vermiculaires.

L'appétit a toujours été peu développé, les digestions lentes, pénibles parfois, la constipation habituelle; n'a jamais eu d'ictère.

Le 49 avril, elle vint me demander mes conseils sur ce qu'elle devait faire pour calmer des douleurs très violentes, très fréquemment renouvelées, qu'elle ressentait depuis deux heures de l'après-midi (il en était cinq alors), dans la région épigastrique. Je fus frappé de la couleur jaune de ses sclérotiques. Elle put me donner, à ma demande, un peu d'urine, que je trouvai d'un rouge foncé; l'acide azotique y détermina une coloration verte. Je la questionnai, pour connaître, autant que possible, la cause de son affection. Ses renseignements ne purent me faire arriver à aucune conclusion: elle n'avait eu ni peur, ni colère, ni aucune autre émotion morale; son régime n'avait pas différé de celui qui lui est habituel; elle n'avait fait aucun excès, ressentait seulement un peu de gêne à l'épigastre. Depuis quelques jours, il y avait eu apparition brusque de douleurs. La palpation abdominale ne m'apprit rien de plus pour l'étiologie: la pression n'accroissait pas les douleurs. Je conseillai des calmants *intus et extra* pour la soirée et la nuit.

Le lendemain matin, le corps présentait une coloration jaune verdâtre très intense; la malade s'agitait dans son lit, par suite de douleurs épigastriques très violentes s'irradiant vers les hypocondres, la région ombilicale et la région lombaire, avec de fréquentes exacerbations. Il y avait eu un vomissement dans la nuit.

La pression n'augmentait que fort peu les douleurs, le ventre avait peu de développement; la palpation et la percussion ne révélaient rien. Il y avait de l'anxiété, la peau était fraîche, le pouls un peu lent; sentiment de grande faiblesse, céphalalgie sus-orbitaire violente, courbature, nausées.

Je conseillai des applications calmantes externes et un purgatif ; le premier effet de celui-ci fut un vomissement de matières glaireuses dans lesquelles je trouvai un ascaride lombricoïde. Deux ou trois selles suivirent : examinées avec soin, elles n'ont pas décelé la présence d'autres vers ni de calculs biliaires.

Dans les heures qui ont suivi le rejet de l'ascaride, il y a eu diminution très rapide dans l'intensité des douleurs, et le soir la malade n'a plus accusé qu'une simple pesanteur à l'épigastre.

Depuis, il y a eu décroissance de jour en jour dans la coloration de la peau ; la malade n'a plus rien senti à l'épigastre : seulement un peu de gêne douloureuse dans quelques moments aux hypochondres. La faiblesse est moins grande, l'appétit un peu revenu ; la langue, couverte d'un enduit épais le deuxième jour, a aujourd'hui son aspect presque normal.

Un régime laxatif et anthelminthique continué n'a pas fait expulser d'autres ascarides. Les selles, examinées pendant huit jours, ne contiennent aucun calcul.

Conclusion. — La brusque apparition des phénomènes morbides, sans causes morales ou physiques appréciables ; leur intensité, caractérisée par des douleurs très violentes jointes à la coloration extrêmement foncée de la peau, à des vomissements, etc., intensité comparable à celle des symptômes déterminés par la présence d'un calcul dans les voies biliaires ; la diminution si rapide de tous ces phénomènes après le rejet d'un ver : tous ces motifs réunis, joints à l'absence de coliques antérieures, m'ont porté à considérer l'ascaride comme corps étranger ayant pénétré dans les voies biliaires et mis par là obstacle au cours de la bile.

Extrait du rapport de M. VIDAL sur l'observation précédente.

En l'absence de preuves rigoureuses, impossibles à déterminer dans un cas de ce genre, de nombreuses probabilités viennent plaider en faveur de l'opinion de M. Schloss. L'invasion brusque des accidents de colique hépatique, leur cessation rapide après l'expulsion du lombric, et, comme signes négatifs, l'absence de calculs dans les garde-robes et dans les vomissements ; cette particularité que l'attaque est la première éprouvée par le malade, et

qu'elle a paru sans cause morale ou physique appréciable : toutes ces circonstances réunies établissent de fortes présomptions.

Quoique la pénétration des ascarides dans les voies biliaires soit un fait assez rare, la science en possède plusieurs exemples bien avérés. Ainsi, dans les *Commentaires de Leipsig* (t. XIV, 4767), on trouve le fait de trois ascarides lombricoïdes ayant pénétré dans la vésicule biliaire par le canal cholédoque resté intact. Laënnec (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, an XIII, n° 5) a vu, chez un enfant dont l'estomac renfermait un grand nombre d'ascarides lombricoïdes, les voies biliaires distendues et le tissu du foie rongé (sic) en plusieurs points par ces entozoaires. A l'article VERS INTESTINAUX et à l'article NÉVROSE VERMINEUSE du *Dictionnaire* en 30 volumes, Guersant rapporte avoir trouvé, à l'autopsie d'un enfant mort de convulsions, deux ascarides lombricoïdes engagés dans les voies biliaires, et, en l'absence de toute autre altération pathologique, il attribue les convulsions au passage des entozoaires dans les canaux hépatiques. M. Tonnelé (*Journal hebdomadaire*, 1829, p. 289) publie un cas d'ascaride lombricoïde trouvé chez un enfant au milieu d'un abcès du foie. Dans l'article ENTOZOAIRE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 340, M. Cruveilhier, à l'autopsie d'une malade qui n'avait éprouvé aucun symptôme du côté de l'abdomen, rencontra cinq ascarides lombricoïdes dans les canaux hépatiques. Dans aucun de ces exemples il n'y a eu colique hépatique ; les phénomènes physiologiques ont été sinon absolument nuls, au moins très obscurs et très dissemblables, et nous comprenons parfaitement qu'en présence de ces faits M. Cruveilhier ait cru devoir soulever le doute, et émettre l'opinion que la pénétration des ascarides dans les voies biliaires pouvait très bien n'avoir eu lieu qu'après la mort ou pendant l'agonie.

Pour notre part, nous croyons possible que des lombrics s'engagent pendant la vie dans des canaux naturels, malgré leur étroitesse et leur contractilité, et cette pénétration est bien plus facile à comprendre que l'exemple que vous a montré M. Bailly, en 1854, d'un *ascaride lombricoïde perforant le cæcum* d'un enfant ; l'helminthe était retenu dans cette perforation, qu'il n'avait pu produire qu'en s'insinuant à travers la trame des tuniques intestinales. Ce mécanisme qui, pour la première fois, je crois, a été démontré d'une façon péremptoire par l'observation dont je viens de parler,

peut être invoqué à l'appui de plusieurs autres faits analogues publiés par différents auteurs, et que l'on avait contestés. Si les ascarides n'ont pas d'organes perforateurs, il est bien établi pour nous qu'ils peuvent arriver à traverser les membranes. A plus forte raison pourront-ils s'engager dans des canaux élastiques dont la capacité diffère peu de leur volume.

En résumé, je crois, en thèse générale, que la pénétration d'ascarides lombricoïdes dans les canaux biliaires est possible pendant la vie. Je crois que, dans l'observation de M. Schloss, cette cause des accidents de colique hépatique est probable. Mais considérant, d'autre part, la difficulté de diagnostic dans certains cas d'accidents rapportés aux voies biliaires, sachant combien il est difficile et même rare de constater la présence de calculs dans les matières évacuées par les malades après les accès hépatiques, je ne puis qu'approuver la sage réserve du présentateur, mettant en tête de son observation le titre suivant : *Ictère paraissant symptomatique de la présence d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires.*

EMPHYSÈME DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ DES PAROIS GAUCHES
DU THORAX ; GANGLION BRONCHIQUE SUPPURÉ ; BRONCHE PERFORÉE.
— Observation par M. SIMON.

Le 6 mai 1856, le nommé Tissot (Joseph), âgé de trente-deux ans, fabricant de chaussures, et demeurant rue des Blancs-Manteaux, n° 3, est entré au n° 8 de la salle Sainte-Jeanne, service de M. le professeur Rostan.

Il est d'une constitution ordinaire, d'un tempérament lymphatico-sanguin ; son embonpoint est médiocre ; son teint décoloré est comme terreux.

Né à Lyon, il appartient à la maison des Enfants trouvés, et n'a jamais connu ses parents.

Jusqu'au 30 mars dernier, il n'avait jamais été malade. Vers cette époque, il ressentit une douleur plus gênante qu'intense au sommet du poumon droit. Cette douleur, continue, sans exaspération, ne s'accompagna ni de troubles fonctionnels du côté des poumons, ni de mouvement fébrile.

Cependant, dans l'espoir de la faire disparaître, il lui vint à

l'esprit de se purger. A deux reprises différentes il prit de l'huile de ricin. Ce n'est que huit jours après l'administration de ce médicament qu'il fut pris d'une diarrhée qui dura deux septénaires ; en même temps il éprouva une sensation de chaleur brûlante dans la bouche, sensation qu'exaspérait le contact des aliments.

Il n'en continue pas moins son travail, et sa diarrhée diminue, disparaît même, lorsque, vers le 4^{er} ou le 2 mai, il s'aperçoit pour la première fois que ses pieds gonflent et que la tuméfaction remonte les jours suivants jusqu'aux genoux. Il n'arrête pas encore son travail.

Enfin, le 5, il est pris de frissons et de fièvre. Cette fois, après s'être appliqué sur le mollet des sinapismes qui ont produit une véritable vésication, il se détermine à entrer à l'hôpital.

On lui trouve une broncho-pneumonie, une fièvre assez intense, mais plus de traces d'œdème aux extrémités inférieures. Il est mis à la diète ; deux saignées et une application de ventouses de 250 grammes chacune lui sont faites dans l'espace de quatre à cinq jours. Une amélioration manifeste étant survenue, on commençait à lui donner des aliments solides, lorsqu'il demande à s'en aller, espérant reprendre ses forces beaucoup plus rapidement lorsqu'il serait hors de l'hôpital. Son état étant encore très grave, on refuse de lui signer sa pancarte. Il se décide alors à rester.

Rien de particulier ne se passe jusqu'au dimanche 48 mai, où, vers le soir, il se trouve pris brusquement, dans son lit, d'un accès de suffocation. Il venait de manger. Cet accès, très intense, dura quelques minutes seulement, ne s'accompagna que de quelques légères secousses de toux ; c'était, comme il le dit, une espèce d'étouffement qui le prit. La religieuse de la salle se contenta de lui donner un verre d'eau froide sucrée et légèrement éthérée, et tout se calma, sans toux vive, sans expectoration particulière, sans vomissements.

Averti de cet accident, M. le professeur Rostan examina avec soin la poitrine, et constata l'existence d'un emphyseme sous-cutané du côté gauche du thorax, mais sans reconnaître l'existence d'aucune autre lésion plus profonde.

Voici quel était alors l'état du malade.

Il n'accuse ni douleur thoracique ni dyspnée ; tout au plus s'il s'aperçoit d'un peu d'oppression, bien que sa respiration soit fré-

quente et se répète quarante-quatre fois par minute. Il tousse peu ; ses crachats sont muqueux, aérés, peu abondants. Depuis qu'il se connaît il n'en a jamais rendu d'autres. Il n'a jamais craché de sang. La voix est bien timbrée.

Aucun trouble de la circulation, si ce n'est un pouls assez fréquent. Il n'a pas eu de frissons.

La langue est épaisse, humide et nette ; la soif est vive, l'appétit peu marqué ; il existe un peu de dévoiement.

Les urines n'offrent rien de particulier à noter ; elles ne contiennent pas d'albumine.

Il a eu un peu de céphalalgie hier, avant son accès de suffocation ; aujourd'hui elle a entièrement disparu ; le sommeil a été assez bon. Il ne se plaint d'aucune douleur ; point de troubles de la sensibilité, de la motilité, ni de l'intelligence, qui est très obtuse normalement.

L'examen physique du thorax chez ce malade fait reconnaître que les six dernières côtes droites sont manifestement plus saillantes que les côtes gauches correspondantes. Au contraire, les creux sus- et sous-claviculaires, très prononcés à droite, ont presque entièrement disparu à gauche ; les dépressions intercostales supérieures, comparées à droite et à gauche, offrent, quoique à un degré bien moindre, les mêmes différences.

La couleur des téguments du thorax n'offre rien de spécial à signaler.

Les deux côtés se dilatent également pendant la respiration ; mais la vibration des parois thoraciques, quand on fait parler le malade, est un peu moins marquée à gauche qu'à droite.

En pressant les téguments avec la pulpe des doigts, particulièrement au niveau des premiers espaces intercostaux gauches, on éprouve une sensation de crépitation qu'avec assez de justesse on peut rapprocher de celle produite par le froissement de la dextrine entre les doigts.

Cette sensation s'étend du bord gauche du sternum au rachis. Inférieurement elle descend du quatrième espace intercostal, près du sternum, au septième, sur le côté du thorax, et remonte ensuite vers la quatrième ou la cinquième vertèbre dorsale. Supérieurement, elle est très prononcée dans le creux sus-sternal et surtout dans le creux sus-claviculaire gauche, derrière le sterno-mastoldien,

jusqu'à l'occipital. Le point où elle est le plus manifeste est dans le creux axillaire. Le moignon de l'épaule gauche n'en est pas atteint.

La sonorité du thorax est très marquée des deux côtés ; cependant , le droit paraît résonner un peu moins que le gauche.

L'oreille, appliquée sur les parois thoraciques, perçoit, à gauche seulement, dans les limites précédemment indiquées, une crépitation superficielle qui diminue beaucoup d'intensité et disparaît même complètement dans quelques points, après trois ou quatre inspirations, quand on appuie un peu fortement l'oreille sur ces parties.

L'endroit où cette crépitation a le plus d'intensité répond à la fosse sous-épineuse, près de l'aisselle.

Les deux temps de la respiration se succèdent rapidement ; l'expiration a un peu plus de durée que l'inspiration, qui vient comme la suspendre.

Le murmure vésiculaire, faible à l'inspiration, s'accompagne, à l'expiration, d'un bruit de roucoulement lointain qui s'étouffe complètement en plusieurs points.

La voix est bourdonnante d'une manière très marquée des deux côtés.

La toux offre des caractères analogues.

En présence de cet état, trois suppositions sont établies par M. le professeur Rostan. Il a pu y avoir, sous l'influence de l'accès de suffocation, rupture d'adhérences de la plèvre et du poumon gauche vers le sommet de cet organe, et communication des canaux aériens avec le tissu cellulaire des parois thoraciques.

Où bien production d'une gangrène superficielle du poumon et de la plèvre correspondante, et même conséquence que dans le cas précédent.

Enfin, transmission, par l'intermédiaire des racines du poumon, d'un emphyseme interlobulaire au médiastin supérieur, et de celui-ci aux parois thoraciques.

La deuxième hypothèse paraissait peu probable, à cause de l'absence de phénomènes adynamiques, d'haleine et de crachats fétides.

La dernière était également fort ébranlée par le fait de la limitation de l'emphyseme à un seul côté du thorax ; il était en effet difficile de comprendre qu'un emphyseme transmis par le médiastin

supérieur ne se répartit pas à peu près également des deux côtés aux parois thoraciques.

Restait donc la première hypothèse comme la moins invraisemblable. Nous verrons plus loin qu'elle était aussi éloignée que les autres de la vérité.

Le 20 mai, ce malade se plaignant d'un peu plus d'oppression, un large vésicatoire lui est appliqué sur le thorax.

Le 24, rien de bien particulier.

Le 22, l'état s'aggrave; mouvement fébrile ^à plus intense, malaise général, anorexie complète, soif vive.

Le 23, la fièvre est très intense; il commence à y avoir un peu d'agitation; les traits de la face sont animés; le malade, couché sur le côté droit, est ramassé sur lui-même: il se plaint de la tête, a conscience de son état, et dit que ç'en est fait de lui. Le pouls est petit, fréquent. Le soir du même jour, il est repris d'un deuxième accès de suffocation.

Le 24, la face est anxieuse, bien qu'animée; un peu hippocratique; les yeux sont excavés, brillants, exprimant la frayeur; les lèvres sont tremblantes, la voix un peu incertaine, la peau luisante. Le soir, l'agitation augmente, le délire survient, et la mort ne tarde pas à lui succéder.

L'autopsie est pratiquée le lundi matin 26 mai. Le sternum est enlevé avec soin, les plèvres même ne sont pas ouvertes; le tissu cellulaire sous-sternal est fortement infiltré d'air.

Les plèvres, incisées des deux côtés, permettent de constater qu'il n'y a pas eu de pneumothorax ni d'un côté ni de l'autre. On passe la main entre le poumon et les parois thoraciques: pas d'adhérences en avant.

Le thorax est alors scié des deux côtés, de manière à découvrir largement le poumon. On glisse alors la main sur toute la surface des deux poumons: on ne constate pas la moindre trace d'épanchement ni d'un côté ni de l'autre; le poumon gauche est entièrement libre dans toute son étendue; le droit offre, vers la partie supérieure de son bord postérieur, trois ou quatre adhérences petites en surface, mais très intimes.

On va détacher supérieurement le larynx, que l'on enlève avec l'œsophage, les poumons et le cœur.

Le tout est alors placé sous l'eau. Plusieurs insufflations font

constater que l'air s'échappe par trois ou quatre points sur le bord postérieur du poumon droit, précisément au niveau des adhérences détruites. On examine les parties de la cage thoracique qui répondent à ces points : on les trouve épaissies, sans aucune fistule, sans emphysème circonvoisin.

Ces fissures du poumon droit ne rendant pas compte de la production de l'emphysème, on examine les racines des poumons : ni l'une ni l'autre ne sont emphysémateuses. On dissèque alors de haut en bas et avec soin la trachée. Arrivé au niveau du bord supérieur de l'avant-dernier cerceau cartilagineux de la trachée, un léger coup de scalpel fait une petite ouverture qui reste béante quand on écarte légèrement la crosse de l'aorte. De l'eau étant versée par cette fissure dans la cavité qu'elle décèle, en même temps qu'on pratique l'insufflation, on voit bouillonner ce liquide.

On élargit cette ouverture, et l'on tombe dans une cavité entièrement vide, de forme triangulaire, limitée en arrière par les deux derniers cerceaux cartilagineux de la trachée et la face antérieure des bronches, sur lesquelles elle s'étend à droite jusqu'au septième ou huitième cerceau et à gauche, jusqu'au neuvième ; en avant, par la face postérieure de l'aorte et des artères pulmonaires ; inférieurement, par un ganglion du volume d'une noix, aplatie d'avant en arrière, placé sous la bifurcation de la trachée, et parsemé, à son bord supérieur et à la partie voisine de sa face antérieure, de plusieurs pertuis à contours noirs, dont les dimensions varient du volume d'une plume de corbeau au calibre d'une plume d'oie.

La face interne de cette cavité est lisse, constituée par du tissu cellulaire condensé, offrant une teinte noirâtre superficiellement, d'une épaisseur d'un demi-millimètre à 4 millimètre, tapissant les parois externes des canaux (artères et trachée) qui concourent à limiter la cavité.

Toutefois, la face antérieure de la bronche droite montre ses cartilages presque à nu. Sur celle-ci on trouve d'abord une petite ulcération, large comme un grain de millet, résultant de la destruction du feuillet externe de la tunique fibreuse de la bronche et d'une échancrure du bord externe ou inférieur du troisième cerceau cartilagineux de cette bronche ; en second lieu, une véritable perforation de la bronche, de dimensions supérieures à celle d'une lentille, ayant entraîné dans sa formation la destruction partielle de

deux cerceaux, le quatrième et le cinquième, qui offrent des bords tranchants sur les contours de cette perte de substance.

La trachée et les bronches, ouvertes en arrière, ne laissent voir que cette seule perforation ; la muqueuse qui l'entoure, dans le rayon de 4 centimètre à 4 centimètre et demi, est d'un rouge sombre, couleur rouille piqueté. Le reste de la muqueuse bronchique n'offre aucune autre altération.

L'œsophage, incisé avec des ciseaux sur sa partie postérieure, présente de son côté, à sa face antérieure, un peu au-dessous de la bifurcation de la trachée (4 centimètre environ), une fistule permettant facilement le passage de l'extrémité d'une sonde cannelée. Cette fistule est assez régulièrement arrondie, et fait communiquer l'œsophage avec les anfractuosités du ganglion sous-trachéal. La muqueuse, qui l'avoisine, ne présente pas d'altération ; elle offre sa couleur normale.

Il est probable que le travail ulcératif qui a produit la perforation de la bronche droite et de l'œsophage a marché de dehors en dedans. L'instantanéité de la suffocation, la présence d'une deuxième ulcération sur la face externe de la bronche, comme l'a fait observer avec beaucoup de raison le chef de clinique, M. de Beauvais ; enfin, la concomitance de deux perforations communiquant avec la même cavité, tendent à le démontrer.

Quant à la cause de ce travail ulcératif lui-même, on est obligé de supposer que le ganglion précédemment signalé a commencé à être le siège d'une suppuration qui s'est fait jour dans ces organes.

Ajoutons, pour terminer le résultat de l'autopsie, que les poumons de cet individu étaient volumineux, ne revenant que très incomplètement sur eux-mêmes. Leur surface, d'une couleur noire bleuâtre, était semée d'une grande quantité de granulations tuberculeuses un peu moins grosses qu'un grain de chènevis, d'un gris blanchâtre, toutes à peu près égales en volume.

Le tissu pulmonaire, peu crépitant, quoique surnageant bien, était rempli de granulations analogues. En aucun point il ne contenait de cavernes.

Les méninges cérébrales étaient fortement congestionnées dans toute leur étendue ; la substance grise des circonvolutions un peu moins consistante qu'à l'état normal.

Le reste des organes ne présentait rien de particulier.

MAL VERTÉBRAL DE LA RÉGION CERVICALE ; PARALYSIE DE LA LANGUE.

— Observation par M. SIMON.

Une jeune fille, Rondel (Clara), âgée de vingt et un ans, fut adressée par M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, à M. le professeur Rostan, le 4 février 1856.

Elle présentait une déviation latérale droite du maxillaire inférieur, déviation telle que la rangée des molaires inférieures du côté droit était rejetée en dehors des supérieures ; une paralysie (de la motilité) presque complète de la langue, avec une espèce de flétrissure du tiers antérieur de cet organe ; une difficulté, un bredouillement de la parole si grand, qu'il fallait prêter beaucoup d'attention pour la comprendre.

Ces phénomènes dataient de trois semaines. A la suite d'une céphalalgie pariétale droite intense, qui survint subitement le 14 janvier 1856, elle avait éprouvé le lendemain matin, à son réveil, la plus grande difficulté pour parler et avaler ; en même temps un mouvement fébrile se développa et dura aussi longtemps que la céphalalgie, c'est-à-dire trois jours.

Tels furent les renseignements avec lesquels on la fit passer dans le service de M. le professeur Rostan.

Un examen attentif de la malade permet alors de reconnaître que, outre les symptômes précédemment signalés, il en existait d'autres très importants qui permettaient de reconnaître la nature de la maladie. En effet, il y avait dans l'attitude de la malade quelque chose de tout particulier qui mit sur la voie du diagnostic.

Habituellement, dans le décubitus dorsal, quand elle voulait s'asseoir, elle soulevait la tête à l'aide de ses deux mains. Une fois assise, au lieu de tourner seulement la tête pour regarder de côté, elle tournait le tronc presque en entier. Dans cette même position assise, elle maintenait sa tête fixée dans une extension modérée, ce qui lui donnait un air guindé. Si l'on cherchait alors à augmenter l'extension, elle accusait une douleur profonde, assez vive dans la région cervicale. La flexion de la tête était au contraire facile.

Enfin, sur la partie latérale droite du cou, derrière le muscle sterno-mastoïdien, à 2 centimètres au-dessous de l'apophyse mastoïde, existait une petite cicatrice linéaire verticale légèrement

déprimée. Elle datait de six ans, et avait été précédée d'un abcès froid qu'un coup de pierre ouvrit, et d'où s'écoula du pus pendant plus de cinq mois.

Le pharynx, de son côté, présentait une tumeur qui paraissait le remplir entièrement. Elle repoussait fortement le voile du palais en avant, et pressait sur la base de la langue, contre laquelle elle appliquait l'épiglotte. Cette tumeur, arrondie en avant, était recouverte par les parois postérieures du pharynx; immobile, dure derrière la langue, elle était, plus haut, obscurément fluctuante. Elle déterminait une dysphagie complète pour les aliments solides, presque complète pour les liquides, et cependant peu de gêne dans la respiration.

Un bistouri fut plongé dans sa partie supérieure, et une petite quantité de pus épais, crémeux, sortit après l'incision; la malade continua à en cracher pendant le reste de la journée.

Enfin, pour terminer l'exposé des signes que la malade offrait en ce moment, je dirai que la paroi antérieure de l'abdomen offrait au-dessus de l'ombilic une cicatrice indice d'un abcès strumeux ancien; que le bord interne du pied gauche offrait un trajet fistuleux datant de plusieurs années, et conduisant sur une surface osseuse érodée et cariée.

Le reste de l'organisme, étudié avec soin, ne présentait pas de traces d'autres lésions.

Voici ensuite la marche que présenta l'affection jusqu'au moment de la mort.

Peu à peu la voix devint plus intelligible, la déglutition de plus en plus facile, au point de permettre le passage d'aliments solides; le maxillaire inférieur reprit sa place normale, mais la langue demeura en grande partie paralysée.

Rien de particulier, si ce n'est un amaigrissement graduel, mais lent, ne se présenta dans l'état de cette malade jusqu'au 13 février, où l'on vit survenir spontanément une hydarthrose du genou gauche, qui plus tard se transforma en tumeur blanche.

Le 3 mai, vers le soir, la malade fut prise d'oppression, de frissons, puis d'un mouvement fébrile assez intense, en même temps qu'elle accusait de la gêne et de la douleur à la partie supérieure du poulmon gauche. Quelques jours après, on constatait une haleine fétide dont la malade avait parfaitement conscience.

Le frisson se répéta à plusieurs reprises, puis finit par disparaître tout à fait ; mais l'appétit était tombé, et l'amaigrissement fit alors de rapides progrès.

On put constater de la matité sous les deux clavicules, mais il n'existait pas de bruits anormaux dans les mêmes points : la respiration y était seulement très faible.

Enfin, le 47 mai, après avoir dîné, elle ressentit une douleur violente et subite à la partie inférieure du thorax, un peu en dehors de la région précordiale ; puis survint de la suffocation, un frisson intense, une fièvre très forte, et le tout alla s'aggravant jusqu'au lendemain matin, où elle succomba.

A l'autopsie, on trouva 300 grammes d'un pus jaune, épais sans être visqueux, fétide, dans la plèvre gauche, sans traces de pseudomembranes ; le poumon gauche était fortement revenu sur lui-même. Les deux poumons adhéraient par leurs sommets aux parois thoraciques ; le poumon gauche, particulièrement, était très intimement appliqué, à sa partie supérieure et interne, sur la colonne vertébrale ; de même, il était étroitement uni, par sa face externe, dans un point presque diamétralement opposé au précédent, à la partie correspondante de la paroi costale.

Détachés de leurs adhérences, les poumons offrent : le droit, un sommet induré, au milieu duquel se trouvent trois ou quatre petits foyers purulents gros comme des noisettes, tapissés par une membrane peu consistante contenant un pus épais ; le gauche, un trajet fistuleux qui traverse son sommet, trajet ouvert à ses deux extrémités qui répondent aux adhérences précédemment signalées, et assez large pour admettre l'indicateur.

De la paroi inférieure de ce canal partent d'autres fistules d'un calibre plus petit, qui se dirigent en bas en se ramifiant fréquemment. Elles contiennent un liquide gris verdâtre, contenant deux ou trois parcelles osseuses ; le tissu pulmonaire qui les entoure est verdâtre, comme macéré.

Le pus répandu dans la plèvre paraissait venir d'une rupture qui s'était effectuée à la partie inférieure des adhérences du poumon au corps des trois premières vertèbres dorsales.

Celles-ci étaient mises à découvert ; leur surface était rugueuse et donnait la sensation qu'on éprouve en passant le doigt sur du papier sablé.

La colonne cervicale, qui paraît avoir été le point de départ de toutes les lésions, présentait une soudure des trois premières vertèbres cervicales entre elles et avec les condyles et la partie antérieure du trou de l'occipital. L'apophyse odontoïde était également soudée en grande partie avec les parties osseuses qui lui correspondent.

Les autres vertèbres cervicales étaient parfaitement mobiles les unes sur les autres.

La partie de la colonne cervicale représentée par les trois premières vertèbres était luxée complètement sur la quatrième, qui faisait saillie en avant. Cette luxation était consécutive à une destruction complète du disque interosseux correspondant, et les surfaces articulaires de la troisième et de la quatrième vertèbre cervicale étaient dénudées, érodées, et immédiatement appliquées l'une sur l'autre.

Au-devant des corps des vertèbres, on trouvait trois poches dans lesquelles il restait un peu de matière caséeuse : l'une, supérieure et médiane, était comprise entre la partie supérieure du grand surtout ligamenteux antérieur répondant aux trois premières vertèbres cervicales, et la face postérieure des muscles grands droits du cou ; deux autres poches, situées l'une sur le côté droit, l'autre sur le côté gauche des quatre dernières vertèbres cervicales, se dirigeaient verticalement en bas : elles commençaient supérieurement par un petit pertuis et allaient s'élargissant jusqu'à la première vertèbre dorsale, où elles se confondaient. Ainsi unies, elles formaient, au-devant des trois premières vertèbres dorsales, une poche qui s'ouvrait dans le poumon gauche. De ces deux poches, la gauche seule communiquait supérieurement, par un petit pertuis, avec la poche médiane supérieure.

Leurs parois étaient formées en arrière par le corps des vertèbres dans quelques points érodés, mais généralement recouvertes de leur périoste ; en avant, par le ligament vertébral commun antérieur.

Enfin, à la partie antérieure et supérieure du canal rachidien et sur l'apophyse basilaire se trouvait une quatrième cavité commençant à 2 centimètres au-devant du trou occipital, s'étendant jusqu'au corps de la quatrième vertèbre cervicale, sur les parties latérales duquel elle se bifurquait pour se réunir sur la face postérieure du

corps de la cinquième, envoyant des prolongements vers les trous de conjugaison correspondants, mais sans les traverser.

Cette cavité était limitée en avant par la face postérieure dénudée et érodée de l'apophyse basilaire et du corps des cinq premières vertèbres cervicales ; en arrière , par la dure-mère et le ligament vertébral commun postérieur.

Elle communiquait avec les trois poches antérieures *par le trou condylien antérieur droit*, avec la supérieure, qui envoyait de ce côté un diverticulum dans lequel l'apophyse transverse de l'atlas se voyait à nu.

Il est probable que c'est la présence du pus dans ce point qui a déterminé soit une compression, soit une lésion du grand hypoglosse, à laquelle il faut rapporter les phénomènes de paralysie de la langue et de déviation du maxillaire inférieur par suite de la paralysie simultanée des muscles sus-hyoïdiens, tandis que les phénomènes de dysphagie, de difficulté de la parole, doivent être plutôt attribués à la subluxation de la troisième sur la quatrième vertèbre cervicale, et aux tumeurs que le pus doit avoir formées en descendant la région cervicale.

De plus, cette cavité s'ouvrait en plein dans l'espace laissé par la destruction du disque interosseux, et, par ce dernier, communiquait par deux pertuis étroits avec les deux poches latérales inférieures.

Le bulbe rachidien ne présentait aucune altération ; l'arachnoïde, qui recouvrait sa face antérieure, offrait seulement une teinte grisâtre ; les nerfs qui s'implantent sur lui, et en particulier les grands hypoglosses, n'offraient rien de particulier.

De même ces derniers n'offraient aucune modification en dehors du crâne.

Le cerveau ne présentait aucune lésion.

Le reste du rachis était sain.

Pour toute autre lésion, on ne découvrit dans le genou gauche qu'une synoviale épaissie, d'un brun fauve, tomenteuse à sa face libre, et diminuée de consistance.

Enfin, tous les viscères de l'abdomen étaient unis les uns aux autres dans toute leur surface extérieure, et avec les parois abdominales, par un tissu cellulaire lamelleux assez lâche, comme s'il n'eût jamais existé de péritoine.

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE DE LA CUISSE GAUCHE ; AMPUTATION.

— Observation, par M. GUYON, interne des hôpitaux.

Niedlich (Jean), imprimeur, soixante et un ans, forte constitution, bonne santé habituelle, pas d'hérédité, aucune cause prédisposante.

Le malade ressent, depuis vingt mois, plus de faiblesse dans le membre gauche, quelques tiraillements, un sentiment d'engourdissement, des douleurs lancinantes et intermittentes qui se font sentir vers le genou.

Depuis janvier seulement, la tuméfaction du membre est devenue sensible pour le malade : elle a débuté au côté externe du genou, et s'est accompagnée d'un redoublement de douleurs assez vives pour priver le malade de repos et influencer sa santé. L'accroissement de la tuméfaction a du reste été très rapide, et ses progrès sont surtout marqués depuis un mois. Il y a six mois environ, le malade sentit un craquement accompagné de douleur dans la partie inférieure de la cuisse, et depuis ce temps il s'est vu obligé de garder complètement le lit.

La jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse ; le malade peut encore soulever le genou : on peut imprimer à celui-ci quelques mouvements ; mais il paraît y avoir, dans la partie inférieure de la cuisse, un centre de mouvements anormaux.

La cuisse gauche est tuméfiée dans toute son étendue ; mais cette tuméfaction est surtout marquée dans sa moitié inférieure : là se dessine en effet une énorme tumeur enveloppant tout le membre, à surface inégale largement bosselée, faisant saillie vers le genou, qui semble lui-même tuméfié, et s'étendant vers la partie supérieure du membre qu'elle enveloppe en arrière jusqu'à la moitié de sa hauteur. La peau qui la recouvre a un peu augmenté de chaleur ; elle est doublée d'un riche réseau de veines volumineuses qui remonte jusqu'à l'embouchure de la saphène ; elle présente aussi quelques fines arborisations dues à l'injection irrégulière de ses capillaires. Quelques points sont très douloureux à la pression. On perçoit une véritable fluctuation dans la masse de la tumeur ; on n'y perçoit aucune pulsation ni expansion ; le stéthoscope n'y fait entendre aucun bruit. Les ganglions fémoraux et iliaques sont

exempts d'engorgement ; le fémur paraît avoir conservé sa forme et son volume normal dans la moitié supérieure du membre, et la cuisse, quoique tuméfiée, paraît saine dans sa moitié supérieure. La circonférence de la tumeur mesure 0,55, sa hauteur égale 0,22 à 0,25.

Autopsie. — La peau est très facilement détachée, et l'on trouve la masse musculaire étalée et amincie couvrant la tumeur et ne lui adhérent que faiblement. Celle-ci enveloppe près de la moitié inférieure de l'os ; sa surface est d'un gris rosé, inégale, d'aspect cérébriforme ; elle se déchire aisément pendant la dissection, sous une simple traction ou sous la pression du doigt.

Sur la coupe on voit quelques larges vacuoles qui laissent échapper un liquide sanglant ; mais ces cavités ne sont pas organisées. La coupe est anfractueuse, d'une couleur plus foncée que la surface. On y voit, ce semble, des orifices vasculaires ; mais il n'y a dans cet aspect rien de bien tranché. Le fémur est brisé immédiatement au-dessus des condyles, et le fragment supérieur, fortement dévié en dedans, a contracté, par son extrémité libre, une large adhérence fibreuse vers la partie inférieure de la tumeur ; d'autre part, le fragment inférieur s'est confondu, par son extrémité libre seulement, avec la tumeur, et en est du reste parfaitement distinct ainsi que le fragment supérieur, très facilement séparable de la masse morbide. Celui-ci a conservé son volume et sa forme. Le tissu compacte de sa diaphyse est cependant érodé, inégal, rugueux, ressemblant assez à une portion de séquestre en voie d'élimination ; il a conservé une très notable résistance. L'articulation est entièrement saine, quoique la face externe de la synoviale se confonde avec la tumeur. Le canal médullaire est doublé de volume dans une étendue de 0,40 à peu près ; dans cette étendue qui répond à la portion malade de la diaphyse, il est rempli par un bouchon de matière cancéreuse terminé par une extrémité arrondie ; plus haut, la moelle reprend ses caractères normaux, et il est facile de constater que l'os a été scié à environ 0,40 à 0,45 de l'endroit malade.

L'artère, injectée préalablement au suif, est très notablement déviée, mais se trouve à la surface de la tumeur, ainsi que la veine et le nerf, qui n'ont pas été englobés, mais déplacés par le tissu morbide. L'injection a pénétré dans les artères de la jambe, mais

ne les a que peu distendues ; le tronc poplité est cependant bien injecté, et ses collatérales sont également pleines et distendues. Quelques ramifications très fines se dessinent même sur la surface de la tumeur, ou plutôt dans le tissu cellulaire qui l'entoure ; mais nulle part, sur la coupe, comme nous l'avons déjà indiqué, on ne trouve de vaisseaux injectés.

La veine n'a pas été injectée. Ses parois altérées font partie de la masse cancéreuse. Un bouchon de même substance fait saillie dans l'intérieur de la veine. L'examen, fait au microscope par M. Broca, montre, dans ce prolongement de la tumeur pénétrant dans la veine poplitée, les éléments les mieux caractérisés du cancer.

ADHÉRENCE DU PÉRICARDE ; TRIPLE BRUIT DU CŒUR ; IMPULSION DIASTOLIQUE. — Observation recueillie par M. POTAIN.

Une femme de quarante ans, nommée Louise Verdelet, dont la mère était morte d'une affection du cœur, qui depuis son enfance avait l'haleine un peu courte, mais qui n'avait jamais éprouvé de palpitations et n'avait jamais eu ni rhumatismes articulaires ni aucune autre maladie aiguë sérieuse, fut prise subitement, à ce qu'elle assure, à la suite d'une émotion violente, vers le mois de juin 1855, d'une maladie grave caractérisée surtout par de la toux, beaucoup d'oppression, de l'enflure aux jambes et une fièvre très modérée. Elle entra alors à l'hôpital la Riboisière, où elle entendit M. Pidoux, qui la soignait, dire aux élèves qu'elle avait au cœur un *bruit de frottement*. Après quelques semaines de séjour à l'hôpital, elle en sortit fort soulagée, bien qu'ayant encore les jambes un peu enflées, et put reprendre ses occupations. Mais le soulagement ne fut pas de longue durée, et bientôt il lui fallut se présenter de nouveau à l'hôpital, parce que le gonflement des jambes augmentait et que l'oppression revenait plus pénible sans toutefois s'accompagner encore de palpitations. Elle fut placée à la Charité, dans le service de M. Andral, où je la vis, pour la première fois, le 14 juin 1856.

A cette époque, elle avait un œdème extrêmement dur des membres inférieurs tout entiers et une ascite commençante ; une oppression extrêmement pénible, qui l'obligeait à se tenir constamment

assise dans le lit ; 26 à 30 inspirations par minute , très peu de toux , et une expectoration rare et incolore ; pas de douleurs dans les parois thoraciques ; une matité absolue avec absence du bruit respiratoire dans le tiers inférieur du côté droit , et dans le reste de la poitrine quelques râles muqueux disséminés sans altération de la résonnance .

Malgré sa très grande oppression , elle n'éprouvait point de palpitations ni aucune sensation de battement dans la région du cœur . La matité précordiale avait 10 centimètres d'étendue . Il était impossible de sentir aucune impulsion à la pointe du cœur ; mais , au niveau de la quatrième côte , et à 7 centimètres du bord gauche du sternum , on percevait une impulsion distincte , mais étendue à une large surface , et coïncidant , comme on le verra plus loin , avec le deuxième bruit du cœur . Cette impulsion n'était énergique que pendant l'inspiration ; elle disparaissait même presque complètement pendant l'expiration ; et quand on faisait faire à la malade une inspiration soutenue , on remarquait que cette impulsion s'effaçait toujours après quatre ou cinq battements du cœur , avant que l'expiration commençât . L'impulsion , du reste , avait assez de force pour se faire sentir non-seulement à la main , mais aussi à l'oreille appliquée sur la poitrine , et ne s'accompagnait d'aucun frémissement .

Le premier bruit du cœur était assez net : son maximum d'intensité se trouvait vers le cinquième espace intercostal , au-dessous de la mamelle . Il s'accompagnait dans ce point d'un souffle assez doux , court et peu intense . Le second bruit était dédoublé , ou plutôt se composait de deux bruits se succédant très rapidement ; l'un clair , sec , éclatant , avec les caractères habituels du claquement valvulaire et conservant une intensité à peu près toujours égale ; l'autre , venant immédiatement après , moins net , moins bien frappé , coïncidant exactement avec l'impulsion sentie à la région précordiale , comme elle se renforçant très notablement pendant l'inspiration , et prenant à ce moment un timbre un peu métallique . Bien que cette seconde partie du dédoublement eût , pendant l'inspiration , plus d'intensité à la base du cœur que la première partie , cependant elle se propageait moins loin et ne s'entendait que dans une étendue assez limitée . Aucun souffle n'accompagnait le deuxième bruit du cœur . Le pouls radial était à 120 , faible et

inégal. En le palpant, en même temps qu'en auscultant les bruits du cœur, il était facile de reconnaître que sa pulsation se faisait sentir immédiatement après le bruit simple et avant le bruit dédoublé, ce qui démontrait d'une façon positive que ce dernier était bien le deuxième bruit du cœur. Les veines jugulaires étaient animées de battements rapides, qui paraissaient être au nombre de deux pour chaque battement du cœur.

La langue était humide, l'appétit très faible. Il n'y avait pas de chaleur fébrile, mais des sueurs très abondantes pendant le sommeil.

L'état de cette malade présentait de nombreuses alternatives pendant le séjour qu'elle fit à l'hôpital; mais les signes fournis par l'examen du cœur demeurèrent les mêmes. Dans les derniers temps, toutefois, le pouls étant tombé à 92, l'impulsion avait presque complètement disparu; le souffle du premier temps n'était plus appréciable, et la seconde partie du bruit dédoublé était devenue si faible qu'on avait parfois quelque peine à la saisir. De nombreuses complications s'ajoutèrent à la maladie principale: on vit survenir successivement des symptômes convulsifs, des congestions pulmonaires, puis un accroissement de l'ascite, qui nécessita la ponction, et enfin un œdème du cerveau qui jeta la malade dans le coma et amena la mort le 24 août 1856.

A l'autopsie, on trouva le péricarde très épaissi, adhérent au cœur, dans toute son étendue, par un tissu cellulo-fibreux blanc, fin, serré, et tellement résistant qu'il était absolument impossible de le déchirer. Dans l'épaisseur de ce tissu, on trouvait çà et là quelques granulations blanchâtres, du volume d'un grain de millet, analogues, quant à l'apparence, à celles qui se rencontrent dans la méningite granuleuse. Le cœur était très notablement hypertrophié et à peu près double de son volume normal, les parois du ventricule gauche épaissies d'environ 15 centimètres à leur partie moyenne, et celles de l'oreillette de ce côté beaucoup plus développées qu'à l'état normal. Dans la cavité de celle-ci, on trouvait, en divers points, de petites tumeurs du volume d'un pois à celui d'une noisette, d'un blanc jaunâtre, dures, résistantes et présentant l'aspect de la fibrine coagulée et durcie, intimement adhérentes aux colonnes charnues de la paroi auriculaire. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était large, et la valvule mitrale souple; mais

celle-ci présentait, le long de son bord libre, de nombreuses petites nodosités, et sa moitié postérieure, extrêmement étroite, paraissait en outre bridée par les tendons, ce qui semblait avoir dû la rendre un peu insuffisante. L'orifice aortique et ses valvules étaient à l'état normal. Il en était de même des cavités droites et de leurs orifices, sauf un peu de dilatation.

Les plèvres étaient adhérentes dans une grande étendue et couvertes de granulations un peu plus volumineuses que celles du péricarde ; les poumons étaient oedématisés et congestionnés vers la base. Le péritoine présentait aussi de nombreuses granulations, mais beaucoup plus volumineuses que les précédentes, et que l'on reconnut, à l'examen microscopique, pour être du tissu fibro-plastique. De nombreuses adhérences existaient entre les intestins et la paroi abdominale. Le cerveau était infiltré de sérosité, sans injection sanguine, et les ventricules distendus par un liquide limpide et incolore. Les reins étaient à l'état normal.

RÉFLEXIONS. — J'ai cru ce fait digne de fixer l'attention de la Société anatomique, surtout au point de vue de la symptomatologie. Les signes des adhérences anciennes du péricarde sont, comme on sait, fort obscurs et mal connus. Or, dans le cas qui vient d'être rapporté, on a trouvé à l'autopsie une adhérence générale et ancienne du péricarde, sinon pour lésion unique, du moins comme lésion prédominante du côté de l'appareil vasculaire ; car l'insuffisance mitrale, que je n'oserais pas affirmer, était en tout cas bien légère. D'autre part, l'exploration du cœur pendant la vie avait fourni un ensemble symptomatique inaccoutumé. Il doit donc être intéressant de rechercher quelle relation peut exister entre ces symptômes et la lésion anatomique révélée par l'autopsie.

Parmi les symptômes qu'a fournis l'exploration de la région précordiale, trois surtout sont remarquables :

- 1° l'absence d'impulsion à la pointe du cœur ;
- 2° l'impulsion se faisant sentir vers la base au second temps ;
- 3° le dédoublement du second bruit.

L'absence d'impulsion à la pointe du cœur et l'élévation de cette impulsion dans un point de la région précordiale où on ne la sent pas habituellement ont été regardées par tous les auteurs qui ont

écrit sur la péricardite comme un des signes les plus importants de la péricardite avec épanchement ; mais aucun d'eux ne signale ce phénomène comme pouvant être la conséquence d'adhérences générales. Hope seul indique comme un des signes des adhérences générales anciennes « la situation plus élevée de la pointe du cœur, situation en désaccord avec l'augmentation de volume du cœur. » Toutefois, quand on parcourt les observations particulières rapportées par MM. Bouillaud, Beau, Wiltde, Sibson et autres, on remarque que, dans les cas d'adhérences générales, l'impulsion du cœur est toujours indiquée comme *très vague, se transmettant à une large surface, choquant comme une grosse masse, etc.*, tandis que, dans les cas d'hypertrophie avec adhérences partielles ou récentes et très molles, l'impulsion de la pointe était très nettement sentie. Ainsi, le choc de la pointe du cœur paraît être en général modifié, déplacé et rendu moins distinct par les adhérences complètes. Il ne serait sans doute pas irrationnel d'admettre qu'à un degré très avancé cette lésion puisse faire disparaître entièrement l'impulsion de la pointe, et que les choses se soient passées de la sorte dans le cas actuel.

L'impulsion se faisant sentir vers la base du cœur au second temps est un phénomène assez rare dont la plupart des auteurs signalent la possibilité sans déterminer les conditions dans lesquelles il se produit. M. Sibson le range au nombre des signes de la péricardite avec épanchement, et M. Beau dit l'avoir observé six fois sans spécifier les circonstances où il l'a rencontré. Une seule fois l'autopsie lui a permis de constater que le cœur était placé longitudinalement en dehors du bord gauche du sternum, de telle façon que sa base se trouvait en rapport avec les espaces intercostaux, au lieu de répondre à la face postérieure du sternum, comme cela a lieu le plus habituellement. De ce seul fait M. Beau conclut qu'une semblable position du cœur est toujours la cause du phénomène dont il est ici question. Sans doute cette conclusion est un peu précipitée. Cependant, comme le même médecin a, dans un autre mémoire, démontré que le cœur affecte habituellement cette position quand le péricarde lui est partout adhérent, et qu'il s'hypertrophie dans ces conditions, il en résulterait naturellement, quoique M. Beau n'en dise rien, que le phénomène de l'impulsion supérieure devrait se rencontrer habituellement avec

les adhérences générales du péricarde, et le cas actuel devrait entrer dans la règle, loin d'être une exception. Malheureusement on n'a point constaté à l'autopsie la position exacte du cœur.

Quant à savoir quelle partie du cœur venait heurter la paroi thoracique, si c'étaient les ventricules ou les oreillettes, et à quel mouvement du cœur ce choc était dû, c'est là une question assez difficile à résoudre. Pour M. Beau, l'impulsion supérieure est toujours un choc des oreillettes pendant leur dilatation. La théorie des mouvements du cœur ne permet pas d'admettre qu'il se passe au second temps d'autre mouvement, et en outre il dit avoir constaté dans l'autopsie dont il a été question plus haut, que les oreillettes se trouvaient en rapport avec le point où l'on avait senti l'impulsion. Mais ce fait est peu probant, parce que ce rapport n'avait lieu, comme il le dit, que par l'intermédiaire de la base du ventricule. Dans le cas actuel, à part toute théorie des mouvements, il est difficile d'admettre que le choc perçu à la région précordiale fût imprimé par les oreillettes, parce qu'il se faisait sentir beaucoup trop bas et trop près des limites inférieures de la région précordiale.

Ceci admis, il est assez facile de concevoir pourquoi cette impulsion était beaucoup plus énergique pendant l'inspiration que pendant l'expiration. Et d'abord cela ne pouvait résulter ni d'une interposition du poumon qui n'aurait pu se produire que pendant l'inspiration, et aurait atténué le choc au moment où, au contraire, on le sentait plus distinctement, ni d'un déplacement du cœur sous l'influence du mouvement inspirateur, puisque l'augmentation d'intensité du choc cessait au bout de quatre ou cinq battements, lorsque le mouvement d'inspiration était soutenu pendant quelque temps. Suivant toute apparence, cette exagération du choc dépendait seulement de l'influence plus rapide du sang dans les cavités du cœur au moment où l'inspiration par le vide virtuel qu'elle produit dans la poitrine y appelait le sang en plus grande quantité; et cet appel du sang cessant dès que le mouvement d'inspiration étant achevé, il n'y a plus dans l'inspiration soutenue qu'immobilisation du thorax, on conçoit comment l'exagération du choc ne se soutenait pas dans ce cas. Peut-être les adhérences du cœur au péricarde peuvent-elles exagérer cette dépendance où se trouve la circulation centrale par rapport aux mouvements respi-

ratoires. Du moins, dans un cas de péricardite, William Stokes, de Dublin, a noté un changement d'intensité des bruits anormaux coïncidant avec les mouvements respiratoires et amenant de même une exagération très notable pendant l'inspiration.

Le troisième symptôme que j'ai signalé, c'est-à-dire le dédoublement du second bruit, n'est pas non plus sans importance. Son existence prouve d'abord que l'absence du deuxième bruit du cœur, signalée par M. Aran comme signe pathognomonique des adhérences générales du péricarde, n'est du moins pas un signe constant, même avec les adhérences les plus complètes. Mais ce dédoublement est-il un phénomène qui puisse se rattacher au fait de l'adhérence du péricarde? M. Barth dit, dans son *Traité d'auscultation*, avoir « assez fréquemment observé, vers la fin de la péricardite, une sorte de dédoublement du second bruit du cœur. » Il paraît donc pouvoir se lier d'une certaine façon avec les affections du péricarde, et précisément à l'époque où les adhérences s'organisent. Il est vrai que le dédoublement du deuxième bruit existe aussi parfois indépendamment de toute lésion organique et comme accompagnement de simples palpitations nerveuses, mais dans ce cas il est, comme ces palpitations, variable et inconstant, tandis que chez notre malade il n'a jamais fait défaut. D'ailleurs, ce dédoublement ne consistait pas réellement en une répétition du deuxième bruit, mais bien en un bruit anormal plus prolongé, d'un timbre plus métallique, qui succédait à ce deuxième bruit dont il différait en outre par ses variations d'intensité et par la distance moins grande à laquelle il se propageait. Cela déjà distingue ce dédoublement de ceux qu'on observe le plus habituellement. En outre, la coïncidence exacte de ce bruit anormal avec l'impulsion diastolique perçue à la région précordiale, et leurs variations communes d'intensité doivent naturellement porter à rattacher l'un à l'autre ces deux phénomènes, de sorte qu'on serait amené à ne considérer le bruit anormal que comme l'expression sonore du choc anormal perçu par la main.

En résumé, l'absence de choc à la pointe du cœur, l'impulsion diastolique à la base, et le dédoublement du second bruit, sont trois symptômes qu'il me semble permis de rattacher à l'existence des adhérences générales du péricarde dans le cas actuel. Ils n'en sont pas des signes pathognomoniques assurément, puis-

que chacun d'eux se rencontre dans un certain nombre d'autres altérations du centre circulatoire, et puisqu'on ne les observe pas toujours avec les adhérences générales ; mais s'ils se trouvaient de nouveau réunis dans une circonstance analogue, peut-être ensemble, autoriserait-il à supposer une semblable maladie.

M. Barth demande si l'enfoncement en godet sous les fausses côtes du côté gauche, signe indiqué dans les péricardites avec adhérences, existait sur le sujet de cette observation.

M. Potain s'est assuré que la malade ne présentait aucune déformation du thorax.

ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC ; VIOLENCE EXTÉRIEURE.

— Observation par M. le docteur POTAIN.

Obs.—La nommée Lognon (Marie-Rose), âgée de soixante ans, cuisinière, d'une assez forte constitution, était, depuis son enfance, d'une très bonne santé habituelle. Elle n'avait jamais connu dans sa famille personne qui fût atteint de maladies d'estomac ou d'affections cancéreuses. Elle-même n'avait jamais éprouvé aucun trouble sérieux du côté des voies digestives, lorsque, il y a huit ans, elle reçut à la région épigastrique une contusion qui devint le point de départ de tous les accidents qu'elle éprouva depuis. Tandis qu'elle aidait à charger sur une voiture un meuble fort pesant, ce meuble, échappant des mains de ceux qui le portaient, vint la heurter violemment à la région épigastrique. Elle ressentit au moment même une douleur des plus vives et une extrême faiblesse ; les jours suivants elle ne cessa d'éprouver un malaise extrême avec une pesanteur insupportable à la région épigastrique et un défaut complet d'appétit ; cependant elle ne s'alita pas. Trois jours après seulement, elle eut une syncope subite et vomit une grande quantité de caillots noirâtres. Depuis lors, elle n'a jamais cessé de vomir chaque jour et après chaque repas la plus grande partie des aliments et des boissons qu'elle avait pris. Les vomissements survenaient souvent peu de temps, parfois plusieurs heures après qu'elle avait mangé. Jamais, dans l'intervalle des repas, elle ne vomissait de glaires ; elle n'avait pas non plus de régurgitations acides. Elle

éprouvait à la région épigastrique une douleur persistante, tantôt plus, tantôt moins vive, ordinairement supportable néanmoins, et qui avait le caractère d'une brûlure. Elle conservait encore de l'appétit et assez de forces pour continuer son métier de cuisinière. Elle était habituellement constipée ; mais ses garde-robes ne présentaient, dit-elle, aucune coloration anormale. Depuis sa première hématemèse, elle n'a jamais vomi de sang, et huit jours seulement avant son entrée à l'hôpital, une matière noirâtre se trouva mélangée aux matières vomies. Depuis lors, les douleurs aussi étant devenues plus vives, la malade vint demander des soins à l'hôpital de la Charité, où elle entra le 14 juillet 1856, dans le service de M. Bernard (suppléant M. Andral). Les seuls moyens de traitement mis en usage jusque-là avaient été du sous-nitrate de bismuth et des opiacés, qui n'avaient pas sensiblement modifié son état. Elle s'était trouvée mieux du régime de lait et de bouillon auquel elle avait été soumise pendant quelque temps, et qui avait rendu les vomissements un peu moins fréquents, mais dans lequel elle n'avait pas persévéré.

Je vis la malade le 15 juillet, lendemain de son entrée à l'hôpital, et je constatai chez elle les symptômes suivants :

Quoiqu'elle eût un peu maigri, à ce qu'elle assure, elle ne présentait cependant pas d'émaciation, ni surtout l'apparence cachectique. Sa peau n'avait nulle teinte jaunâtre, les joues étaient rosées ; il n'y avait ni chaleur fébrile ni transpiration. La malade se tenait assise dans le lit, le corps courbé en avant, les traits contractés, et se plaignait d'une vive souffrance à l'estomac et de nausées extrêmement pénibles. La douleur qu'elle accusait était une douleur brûlante, sans élancements, sans sensations de piqûres. La langue était humide et rosée, l'appétit nul, la soif très vive, tellement que, depuis la veille, la malade avait bu quatre ou cinq litres de tisane. Elle vomissait encore de temps en temps, et ses vomissements étaient mélangés d'une matière noirâtre ressemblant parfaitement à de la suie délayée. Le ventre, médiocrement développé, était tellement douloureux, qu'il était impossible de le palper, du moins dans la région épigastrique. La malade accusait aussi une douleur vive vers le bas de la région dorsale ; mais son état de vive souffrance et d'anxiété ne permettait pas de constater exactement la situation et l'étendue de ce point douloureux.

Tous les autres appareils parurent dans un état d'intégrité parfaite.

Les jours suivants, sous l'influence de la glace, de l'eau de Seltz, du sous-nitrate de bismuth et du régime lacté, les vomissements diminuèrent et l'état de la malade s'améliora un peu. Elle demeura même trois jours sans vomir, ce qui n'était jamais arrivé depuis huit ans. Mais ensuite les accidents reprirent leur cours sans qu'on ait pu savoir sous quelle influence, et la malade succomba le 22 juillet, huit jours après son entrée à l'hôpital. Pendant les quelques jours d'amélioration, le ventre étant devenu beaucoup moins douloureux, on avait pu pratiquer la palpation, et l'on avait senti à l'épigastre une résistance et une dureté exagérées, qui semblaient devoir faire craindre l'existence d'une induration cancéreuse de l'estomac. Cependant, la nature des douleurs, l'amélioration procurée à différentes reprises par le régime, l'absence de toute prédisposition héréditaire, et, par-dessus tout, l'absence de tout signe de cachexie cancéreuse, malgré la longue durée de la maladie, ne firent penser qu'il ne s'agissait que d'un ulcère simple de l'estomac ayant peut-être pris son origine dans une lésion traumatique occasionnée par la contusion dont il a été question.

A l'autopsie, on trouva l'estomac divisé en deux parties à peu près égales et toutes deux globuleuses, par un rétrécissement situé à sa partie moyenne, et qui réduisait dans ce point sa circonférence à la moitié de ce qu'il était dans la partie la plus large. Ce rétrécissement ne se laissait nullement distendre par des tractions. Du reste, à ce niveau les parois de l'estomac n'étaient point altérées dans la plus grande partie de leur étendue; mais, à la partie supérieure, on voyait, à travers la tunique péritonéale, une sorte de plaque blanchâtre, placée à cheval sur la petite courbure au voisinage du pylore, et allongée transversalement. L'estomac adhérait par sa face postérieure au pancréas dans une très petite étendue, près du pylore.

A sa face interne, on reconnut, dans un point correspondant à la plaque blanche qui vient d'être signalée, et sur la paroi antérieure, une grande ulcération, longue de 5 centimètres, large de 2, allongée transversalement, assez fortement déprimée. Son fond était mince; ses bords constitués par une sorte de bourrelet arrondi, un peu saillant, continu en arrière avec une cicatrice linéaire dépri-

mée et bordée de chaque côté d'un bourrelet semblable au précédent. Le fond de l'ulcération était grisâtre et lisse, différant en cela de la muqueuse de l'estomac. Il n'y avait, du reste, d'injection ni de vascularisation bien marquée ni dans le fond, ni autour de cette ulcération.

La membrane muqueuse stomacale était à l'état normal dans tout le reste de l'organe, et conservait toute sa consistance; elle était fortement colorée, mais seulement dans le renflement pylorique, par une matière noire analogue à celle que la malade rendait dans ses vomissements, et que ni le lavage, ni la macération ne purent faire disparaître.

En disséquant attentivement les différentes tuniques de l'estomac au voisinage de cette lésion, j'ai constaté la disposition suivante : La *muqueuse* de l'estomac arrivait jusqu'au bord de la perte de substance; là elle adhérait intimement au tissu de ce bord, puis se continuait avec une sorte de membrane mince qu'on pouvait détacher du fond de l'ulcération. La tunique *celluleuse*, parfaitement distincte à une petite distance, s'épaississait, se condensait au niveau du bourrelet déjà signalé comme formant les bords de l'ulcération et de la cicatrice; elle se confondait avec le tissu cellulo-fibreux dense, résistant, qui constituait ce bourrelet. Les fibres *musculaires* semblaient converger en rayonnant vers la cicatrice; elles se serraient, s'épaississaient et s'hypertrophiaient visiblement en approchant des bords. Le plus grand nombre se perdaient dans le tissu cellulo-fibreux du bourrelet; quelques-unes seulement passaient au-dessous du fond de l'ulcération. La tunique péritonéale était demeurée saine. A l'une des extrémités de l'ulcération, on apercevait un pinceau vasculaire assez volumineux plongé dans l'épaisseur de la tunique musculaire, qui se dirigeait vers le bord et pénétrait dans le bourrelet dont il était entouré.

L'examen des autres organes n'a point été fait.

RÉFLEXIONS. — En somme, l'autopsie a permis de constater l'existence d'une solution de continuité intéressant dans une assez grande étendue les tuniques muqueuse, celluleuse, et la musculaire dans la plus grande partie de son épaisseur; solution de continuité en partie cicatrisée, et ayant amené, par la rétraction du tissu cicatriciel, le rétrécissement du ca-

libre de l'estomac. Cette lésion est la seule qu'il ait été possible de constater dans cet estomac, d'ailleurs parfaitement sain. Elle est donc la cause des accidents éprouvés par la malade. Or, ces accidents remontantsans interruption etsans modification aucune jusqu'à l'époque où la malade reçut un coup violent à l'épigastre, il faudrait admettre (en supposant exacts les renseignements donnés par elle) que la lésion dont ils dépendaient datait également de là. Il y aurait eu alors une déchirure de la muqueuse stomacale, puisqu'il survint une hémorragie abondante qui ne s'est pas renouvelée depuis, et cela au milieu de la plus parfaite santé. C'est cette déchirure qui, tardant longtemps à se cicatriser, peut-être à cause du contact continu des aliments et du suc gastrique, aurait laissé à sa suite l'ulcération que nous avons vue.

Mais la plaie primitive était-elle aussi grande que le ferait supposer cette longue cicatrice et la rétraction qu'elle a subie? Ou bien, l'ulcération, primitivement petite, devenant serpiginieuse, s'est-elle étendue peu à peu, avançant d'un côté tandis qu'elle se cicatrisait de l'autre? C'est ce qu'il paraît assez difficile de décider, quoique la dernière hypothèse semble la moins improbable, en raison surtout de cette circonstance, que les accidents, loin de diminuer peu à peu, se sont, au contraire, progressivement accrus.

Quant à la matière noire qui apparut dans les vomissements quinze jours seulement avant la mort, peut-être pourrait-on attribuer sa formation à l'érosion des vaisseaux que l'on voyait pénétrer dans l'un des bords de l'ulcération.

Extrait du rapport de M. AXENFELD.

« Messieurs, l'examen de la pièce qui a été mise sous vos yeux ne vous a pas laissé de doute sur la véritable nature de la lésion : c'était bien un *ulcère simple* de l'estomac, maladie dont tous les ans vous voyez ici un ou plusieurs exemples, et dont la réalité n'a pas besoin de vous être prouvée. On a peine à comprendre comment de pareils faits ne portent pas la conviction dans tous les esprits, et ce n'est pas sans étonnement que, dans une leçon clinique reproduite par les journaux, on lit ces mots : « Aujourd'hui la lutte est engagée

entre ceux qui, avec M. Cruveilhier, admettent l'existence de l'ulcère de l'estomac, et ceux qui nient l'existence de cette maladie. » Est-ce que, en présence d'un fait acquis, simple d'ailleurs et facile à démontrer, la négation, la lutte sont scientifiquement possibles ? — Encore, s'il s'agissait d'une de ces curiosités cliniques qui, aperçues de loin en loin, laissent quelque place à la discussion ! Mais il s'en faut que l'ulcère de l'estomac doive être rangé dans cette catégorie de faits rares et exceptionnels. Les chiffres suivants, que j'emprunte à un travail du docteur Brinton (*Revue méd.-chir. de Londres*, janvier 1856) donnent une idée de la fréquence de cette altération, dont on va jusqu'à contester la possibilité.

» Sur 7226 autopsies de sujets ayant succombé à des maladies diverses, on a trouvé 360 ulcères de l'estomac, cicatrisés ou non !

» Et remarquez, messieurs, que dans ce nombre de 360 ne sont compris ni les faits de M. Cruveilhier, ni ceux de M. Rokitansky, ni une foule d'autres, le docteur Brinton ayant pris pour seule base de sa statistique les documents où se trouvaient indiqués à la fois le total des autopsies faites dans un service de clinique et le chiffre proportionnel des cas d'ulcères de l'estomac.

» Ce n'est donc pas la rareté de la lésion qui recommande à votre attention le fait rapporté par M. Potain ; mais on y remarque plusieurs particularités sur lesquelles je vous demande la permission d'insister.

» 1° Telle est d'abord l'étiologie, fort embarrassante, de l'affection. La malade racontait que, huit ans auparavant, elle avait reçu à l'épigastre un choc violent, qu'elle y avait alors ressenti une douleur extrêmement vive, et qu'après trois jours de malaise, d'inappétence, elle avait vomi une grande quantité de sang coagulé. C'est de ce moment qu'elle faisait dater la série des accidents auxquels elle a été en proie depuis. A l'en croire, sa santé, jusqu'alors, avait été excellente. Il en résulterait que l'ulcère de l'estomac aurait été la conséquence d'une lésion traumatique. Comme l'existence d'une cause de cet ordre n'a jamais été indiquée jusqu'à présent (car le docteur Brinton, dans son analyse si minutieusement exacte, n'en fait nulle mention, et notre président, dont l'expérience sur ce point est toute spéciale, n'a jamais non plus

rien observé de semblable); comme, en outre, il est permis de mettre en doute l'exactitude parfaite des renseignements donnés par la malade, nous pensons, avec le présentateur, que le plus sage est de ne pas se prononcer à cet égard. Il est surtout une circonstance du fait de M. Potain, qui contrarie singulièrement l'hypothèse d'une cause traumatique : c'est le siège de l'ulcère à la partie postérieure de l'estomac, au niveau de la petite courbure : c'est, en effet, dans ce point que l'ulcère gastrique se montre de préférence, ainsi que l'ont démontré les recherches de M. Cruveilhier. Or, il n'est pas aisé de comprendre comment un corps volumineux venant à frapper l'épigastre aurait blessé la paroi postérieure et la petite courbure de l'estomac, en laissant intactes d'autres parties plus accessibles, et l'on imagine difficilement que la solution de continuité résultant de ce choc ait affecté précisément la position ordinaire des ulcères dits spontanés. Toutefois, l'histoire des contusions profondes nous offre plus d'une singularité de ce genre : plus d'une fois on a vu, en vertu d'un mécanisme parfaitement décrit par M. Velpeau, les couches superficielles transmettre aux couches sous-jacentes le choc qui les traverse sans les altérer elles-mêmes, et les effets de l'attrition se manifester exclusivement dans les parties profondes. Cela peut se produire surtout lorsque, dans le point où aboutit le choc ainsi transmis, se rencontre quelque corps résistant, comme le serait, dans l'espèce, la colonne vertébrale. Il ne serait donc *pas absolument impossible* que, dans le cas dont nous nous occupons, la solution de continuité primitive eût été la conséquence d'une action traumatique. Si l'on admettait ce point de départ, on comprendrait que certaines conditions inhérentes à la structure et aux fonctions de l'estomac eussent empêché la plaie de se cicatriser, et en eussent fait un véritable *ulcère*; de même qu'on voit des plaies simples, mais entretenues par l'influence de la déclivité, la présence de varices ou des pansements irritants, être l'origine, et même l'origine la plus commune des ulcères des jambes. En vain objecterait-on, avec un de nos honorables collègues, qu'alors ce ne serait pas un ulcère, mais une plaie de l'estomac que M. Potain nous aurait montrée; car un ulcère, qu'est-ce, sinon une plaie qui ne guérit pas, qui tend au contraire à s'agrandir ou au moins à rester stationnaire? Que la solution de conti-

nuité, la perte de substance soient l'effet d'une division mécanique, ou bien qu'elles reconnaissent pour cause un travail de destruction intérieur, spontané, le résultat n'est-il pas toujours le même ?

» Mais, encore une fois, avant de discuter cette hypothèse, il faudrait que le fait lui-même fût d'abord bien établi, et le récit de la malade, avec quelque soin qu'on l'ait interrogée sur ses antécédents, ne saurait entraîner la conviction. Il se pourrait que le traumatisme eût joué ici le rôle d'une simple cause adjuvante, qu'il eût déterminé l'exaspération de symptômes jusque-là peu marqués, et dont la malade avait peut-être perdu le souvenir, puisque l'accident lui-même remontait à huit ans.

» 2° L'ulcère que vous a montré M. Potain était complètement cicatrisé. La cicatrice se composait d'une portion arrondie et d'une autre linéaire, prolongée sur la face postérieure de l'estomac, épaisse, froncée, plissée, et donnant l'idée d'un tissu inodulaire qui est parvenu au *summum* de sa rétraction (c'est à ce niveau que le pancréas adhérerait à l'estomac).

» La portion circulaire de la cicatrice était parfaitement plane. D'où vient cette différence ? On ne saurait, ce me semble, l'attribuer qu'à l'ancienneté plus grande de la portion linéaire ; tout au moins n'y a-t-il pas lieu d'invoquer pour cette explication la nature différente des tissus envahis par l'ulcération, condition à laquelle M. Cruveilhier attache cependant la plus grande importance. Quand l'ulcération ne dépasse pas la membrane muqueuse, dit M. Cruveilhier, la cicatrice est plane ; s'étend-elle jusqu'au tissu fibreux, à ce que l'on peut appeler la *charpente* de l'estomac, une cicatrice rétractile lui succède. Or, ce tissu était atteint et même dépassé au niveau de la perte de substance circulaire qui occupait la petite courbure. En effet, la dissection de cette région a permis à M. Potain de voir que non-seulement la membrane muqueuse et la couche sous-jacente étaient complètement détruites et remplacées par un mince feuillet de tissu fibreux, mais que la presque totalité du plan musculaire avait également disparu. Quelques fibres assez rares passaient sous le fond de l'ulcère : le plus grand nombre

s'arrêtait à ses bords. Là elles semblaient s'insérer au bour-relet fibreux dont ces bords étaient entourés.

» Cette dernière disposition est intéressante à observer. D'après la remarque judicieuse de Rokitansky, elle doit totalement changer le mode de contraction de l'estomac, puisque les fibres charnues de ce viscère se trouvent avoir un point d'attache qui leur manque à l'état normal. L'adhérence au pancréas a dû contribuer à donner de la fixité à ces insertions musculaires.

» 3° Une des particularités sur lesquelles M. Potain a insisté avec raison, est ce rétrécissement accompagnant l'ulcère et qui était porté au point de convertir l'estomac en un véritable bissac. C'est encore là une circonstance assez rare ; toutefois, elle a été notée par plusieurs anatomo-pathologistes, et M. Cruveilhier l'a signalée dans ses premières observations. On prévoit quel trouble doit apporter aux fonctions de l'estomac sa division en deux compartiments, l'un pylorique, l'autre cardiaque ; combien la dilatation de l'organe en doit être gênée ; avec quelle peine, au prix de quelles souffrances, peut-être, doit s'effectuer le passage des aliments de l'une à l'autre de ses cavités, par-dessus la valvule saillante et rigide placée sur leur limite. Le présentateur a trouvé du sang altéré dans la portion pylorique, tandis que la portion cardiaque n'en contenait aucune trace, et il s'en rend compte par l'existence du même rétrécissement. Ajoutons que l'absence d'hématémèse s'explique ainsi tout naturellement : l'observation dit qu'après avoir vomi du sang coagulé au début de l'affection, la malade n'en avait plus rendu depuis, et ce n'est que dans les derniers jours de la vie qu'un vomissement mélanique a eu lieu : c'est que probablement le sang avait plus de difficulté à refluer vers l'œsophage qu'à descendre dans l'intestin ; la coloration mélanique des selles a bien pu échapper à la malade ; de sorte qu'en somme l'absence d'hématémèse pendant de longues années n'autorise pas à nier dans ce cas la production des gastrorrhagies.

» 4° D'où venait le sang que la malade avait vomi et dont on trouvait encore les traces à l'ouverture de l'estomac ? Il n'existait pas de rupture aux parois des vaisseaux d'un certain calibre ; on ne voyait pas non plus de ces érosions consécutives, sortes de *gerçures* des cicatrices de l'estomac, qui

sont, dans l'opinion de M. Cruveilhier, la source la plus ordinaire de l'hématémèse chez les malades affectés d'ulcère. Seulement, à côté de la cicatrice, M. Potain a vu s'élever un pinceau de vaisseaux capillaires : c'avait été là, selon toute apparence, la source de l'hémorrhagie. »

Ont été nommés :

Membre titulaire : M. DECÈS.

Membres adjoints : MM. LABBÉ, BERTHOLLE, WIELAND, POTAIN, CAVASSE, DUMONT-PALLIER, FOURNIER.

XXXI. ANNÉE. — NOVEMBRE 1856 (1).

SOMMAIRE. — 1. Pseudo-membrane diphthéritique tubulée. — 2. Gangrène du col de l'utérus et de la vessie après l'accouchement. — 3. Cératose hypertrophique du foie. — 4. Corps fibreux de l'utérus. — 5. Ancienne ankylose du genou. — 6. Anévrysme artérioso-veineux. — 7. Cancer généralisé. — 8. Rétroflexion du col utérin. — 9. Taches sanguines du foie dans l'infection purulente. — 10. Fractures des vertèbres cervicales. — 11. Fractures du cartilage thyroïde et du maxillaire inférieur. — 12. Lésions probablement syphilitiques des reins.

OBSERVATIONS. — Hypertrophie de la prostate ; tumeur pédiculée entourant le col de la vessie ; vaste abcès urinaire ; observation et réflexions, par M. Raoul Leroy (d'Étiolles).

Coxalgie, perforation de la cavité cotyloïde, pénétration partielle de la tête du fémur dans le petit bassin ; par M. Aubrée.

Étranglement herniaire par le collet du sac (hernie inguinale), par M. Devouges.

Tumeur blanche du genou, amputation ; résections successives de l'extrémité du fémur sortie à travers le lambeau antérieur ; ostéomyélite du fémur, mort ; par M. Devouges.

Deux cas de cancer à marche rapide chez des individus de moins de vingt et un ans, par M. Pilon.

Anomalies du cœur et des gros vaisseaux, fusion de la circulation pulmonaire et de la circulation générale ; observation et réflexions, par M. Charnal.

Rapport de M. Blondeau sur un cas de maladie bronquée présenté par M. Ladret de la Charrière.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Moysant met sous les yeux de la Société un bel exemple de fausses membranes diphthéritiques tapissant complètement, et sous forme d'arbre tubulé, le larynx, la trachée, les bronches et leurs divisions.

L'enfant sur lequel ces pièces ont été recueillies était âgé de cinq

(1) La Société ne tenant pas de séances pendant les mois de septembre et d'octobre, le Bulletin de novembre fait suite à celui d'août. (Note du secrétaire.)

ans ; un de ses frères était mort récemment du croup. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, il avait eu un rhume qui s'était aggravé ; la toux était devenue rauque, croupale, la voix presque éteinte, et la respiration de plus en plus difficile, quoique sans accès de suffocation. Lorsqu'on l'apporta, les ganglions cervicaux n'étaient pas engorgés, on ne voyait aucune fausse membrane ni sur le pharynx ni sur les amygdales ; on constatait moins de résonnance à gauche qu'à droite, et absence presque complète du mouvement respiratoire, surtout du côté gauche. L'asphyxie était imminente, la trachéotomie fut pratiquée ; l'enfant succomba vingt-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, le pharynx était sain, le larynx était obstrué par une fausse membrane épaisse et très adhérente. Cette fausse membrane était tubulée, et se prolongeait sans interruption dans la trachée, qu'elle tapissait dans toute son étendue, ainsi que les bronches et leurs ramifications, jusqu'aux divisions de quatrième ordre. La muqueuse était rouge et injectée.

M. Vidal fait remarquer que les poumons sont le siège d'un emphysème vésiculaire et interlobulaire considérable, qu'il croit pouvoir attribuer à la difficulté de l'expiration produite par la présence des fausses membranes dans les ramuscules bronchiques. Il voit dans ce fait une confirmation des idées de Laënnec sur le mécanisme de l'emphysème.

M. Barth pense que l'auscultation pourrait être appliquée plus souvent et plus fructueusement qu'on ne le fait généralement pour déterminer, dans les cas de croup, les indications de la trachéotomie. Ainsi, dit-il, lorsqu'on constate une diminution du murmure respiratoire égale des deux côtés, l'obstacle siège dans la trachée ou dans le larynx, et il y a indication d'opérer ; lorsqu'au contraire on ne constate cette diminution que dans un seul poumon ou que dans une partie de son étendue, c'est que les fausses membranes s'étendent dans les bronches, et alors l'opération présente moins de chances de succès. Dans un cas que j'ai publié (*Arch. génér. de médecine*, juillet 1838, t. II, p. 297 et 343), en entendant un bruit de tremblement dans les bronches, je pensai que l'obstacle s'étendait très loin, et, en effet, les fausses membranes envahissaient jusqu'aux bronches de quatrième ordre. Sui-

vant que les fausses membranes sont minces ou épaisses, ouvertes à leur extrémité ou terminées en cul-de-sac, elles donneront lieu à des phénomènes différents.

M. Bailly pense qu'alors même que tout l'arbre aérien est envahi par les fausses membranes, la guérison est encore possible, et la trachéotomie offre des chances de succès; il rappelle, à l'appui de cette opinion, les exemples conservés à l'hôpital des Enfants d'arbres tubulés de fausses membranes, reproduisant le moule des divisions bronchiques, et expulsés par des enfants qui guérirent.

2. M. Millard montre une *gangrène du col de l'utérus et de la vessie après l'accouchement*.

Julie Gaillard, âgée de vingt-huit ans, cuisinière, fille. Primipare et à terme. Grossesse douloureuse, sans accidents graves. Entrée à la Maternité depuis huit à dix jours.

Le lundi 3 novembre, elle fait, dans un escalier une chute n'ayant pas déterminé d'hémorrhagie; mais depuis ce moment elle n'a plus senti remuer l'enfant. Le lendemain soir, rupture des eaux, qui étaient fétides. Elle est apportée à l'Hôtel-Dieu mercredi 5 novembre. Frisson intense, fièvre, coloration de la face, sans vomissements.

Accouchement naturel jeudi matin à onze heures et demie. Pendant l'accouchement on voit une petite tumeur faisant saillie hors de la vulve, adhérente à la lèvre antérieure du col, molle, d'un noir violacé, friable, sans odeur spécifique, légèrement douloureuse à la traction. Présentation de la tête. Enfant mort depuis deux jours environ. Fétidité extrême du liquide amniotique. Rupture de la fourchette de 4 centimètres de largeur environ.

6 novembre. Immédiatement après l'accouchement, état très grave; face livide, extrémités froides, menace de syncope; pas d'hémorrhagie interne ni externe. L'interne de garde prescrit: huile de ricin, 16 grammes; boissons chaudes, etc. Le soir, à quatre heures, le poulx s'est relevé, la chaleur est un peu revenue. Ventre souple, utérus bien revenu sur lui-même (julep avec 40 centigrammes d'extraît gommeux d'opium).

7 novembre. Anxiété extrême; douleurs violentes dans les reins, le siège et la cuisse droite; extrémités froides; poulx très faible

à 428 ; face rouge, couverte de sueur ; narines palvérolentes ; un peu de *hoquet* ; pas de nausées, ni de vomissements ; pas de frissons ; ventre flasque, médiocrement douloureux à la pression ; pas de selles, ni d'urines ; *stérilité extrême des lochies*. En voulant pratiquer le cathétérisme, on découvre à l'entrée du vagin et en haut une tumeur noirâtre et *fétide*, qui est d'abord prise pour un caillot, puis pour un débris de placenta ; mais un examen plus attentif fait reconnaître que c'est une dépendance de la lèvre antérieure du col ou de la paroi antérieure du vagin.

(Boissons chaudes, serviettes chaudes ; potion antispasmodique, avec extrait gommeux, 40 centigrammes, et acétate d'ammoniaque, 2 grammes ; sulfate de quinine, 4 gramme en quatre fois ; cataplasmes et onctions mercurielles belladonnées sur le ventre ; ricin, 16 grammes ce matin.)

8 novembre. Amélioration légère de l'état général ; pouls toujours petit 412 ; voix faible ; ballonnement du ventre et météorisme ; pas de douleurs ; pas d'urines. La tumeur du vagin présente tous les caractères de la gangrène, elle tombe en lambeaux. La déchirure périnéale est également recouverte d'une couche gangréneuse. Pas de hoquet, ni frissons, ni vomissements. Prescription *ut supra* : 4 grammes extrait de kina dans la potion ; lotions avec kina.

9 novembre. L'état général n'est pas plus mauvais, mais la gangrène du vagin fait des progrès. (Poudre de kina et charbon.)

10 novembre. Respiration anxieuse ; yeux hagards ; nez effilé ; facies hippocratique ; extrémités froides. Mort à sept heures du soir, cinquième jour des couches.

A l'autopsie, l'utérus est volumineux, vers son fond on trouve un corps fibreux interstitiel du volume d'un œuf de poule. La tumeur observée pendant la vie est une dépendance de la lèvre antérieure du col, elle présente des filaments gangréneux ; la lèvre postérieure du col est également gangrenée.

La paroi antérieure du vagin est sphacelée, et la gangrène s'étendue par voisinage jusqu'à la vessie ; celle-ci présente une plaque gangréneuse saillante de la largeur d'une pièce de 5 francs.

M. Moreau demande si la dilatation s'est faite régulièrement, et s'étonne qu'il n'y ait pas eu de complication pendant le travail. Il a observé plusieurs fois des gangrènes à la suite d'accouchements

difficiles, et elles reconnaissent toujours pour cause, soit une contusion très forte et prolongée produite par la tête de l'enfant, soit une complication, comme, par exemple, une production morbide, une altération du col mettant obstacle à la dilatation.

M. Millard n'a pas assisté à l'accouchement, mais il sait que pendant le travail on a constaté une tumeur faisant saillie dans le vagin, et adhérente à la lèvre antérieure du col; il pense que cette tumeur devait être un corps fibreux, et appuie cette hypothèse sur l'existence de la tumeur fibreuse trouvée à l'autopsie dans les fibres du fond de l'utérus.

3. M. Millard montre encore une cirrhose hypertrophique du foie.

Garçon marchand de vins, âgé de trente ans, entré le 10 novembre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 3. Grand mangeur et fort buveur; homme très replet et très vigoureux; tempérament sanguin. Ictère bien caractérisé datant de quelques jours. Aspect typhoïde; délire; lèvres brunâtres; peau chaude; pouls à 120; ventre énorme; hypertrophie du foie très facile à sentir; pas de taches; pas de douleurs dans la fosse iliaque; ulcères variqueux aux deux jambes; rougeur inflammatoire très vive à la jambe droite; œdème des pieds. Rien de remarquable dans la poitrine, ni au cœur, ni dans les poumons; respiration faible en arrière; constipation; urines bilieuses. On diagnostique avec réserve, en l'absence de renseignements, une fièvre typhoïde. Calomel, 60 centigrammes, et huile de ricin, 24 grammes.

Le 12. Délire violent la nuit; pas de selles; malgré les purgatifs, rétention d'urine; strabisme léger; pouls moins résistant; ictère plus prononcé. Huile de croton, 4 goutte. Débâcle violente, à la suite de laquelle le malade tombe dans le coma, et meurt à cinq heures du soir.

A l'autopsie, on constate :

1° Pas d'épanchement ascitique, comme on l'avait cru. 2° Pas de phlébite des veines fémorale et saphène du côté droit. 3° Rate volumineuse, un peu molle. 4° Reins très volumineux et très congestionnés. 5° Foie énorme pesant 4 kilogrammes exactement, de couleur jaune cuir de botte, et présentant tous les caractères de

la cirrhose au début ; granulations très évidentes à la coupe ; vésicule biliaire très volumineuse et distendue par la bile. 6° Poumons très congestionnés et remplis de sang noir, surtout dans les lobes inférieurs, et présentant aussi un peu de friabilité du tissu. 7° Cœur grassex, énorme, rempli de sang noir, liquide, sans altération des valvules. 8° Les intestins étaient également congestionnés, mais les plaques de Peyer étaient saines ; quelques follicules isolés très volumineux.

Les portions de tissu hépatique qui se présentent à l'œil sous forme d'flots jaunâtres doivent leur aspect aux lésions suivantes :

« Les cellules sont, en général, du double environ plus grandes qu'à l'état normal, et la plupart distendues par une grande quantité de graisse liquide : tantôt les cellules ne contiennent qu'une large goutte d'huile qui les remplit complètement, tantôt ce sont plusieurs gouttes pressées les unes contre les autres ou écartées. Toutes ou presque toutes les cellules qui renferment de la graisse ont perdu leur noyau. Dans les parties grises du tissu hépatique interposé aux flots précédents, on trouve des cellules plus grandes qu'à l'état normal, mais dépourvues de graisse, et une certaine quantité de matière amorphe, granuleuse, analogue à celle de la cirrhose, mais beaucoup moins ferme et non fibroïde, ni mêlée de fibres de tissu cellulaire ou de corps fusiformes fibroplastiques. » (*Note de M. Robin.*)

M. Barth insiste sur l'influence des excès alcooliques à des doses considérables sur les affections du foie.

4. M. Guyon montre :

1° *Un corps fibreux* du volume d'une tête de fœtus, faisant saillie dans la cavité utérine, et recueilli sur une femme morte quatre jours après avoir été opérée d'une *hernie crurale étranglée*.

Le corps fibreux présente à la coupe un aspect encéphaloïde ; on y trouve des granulations séparées par des entrecroisements fibreux. Examiné au microscope, il présente tous les caractères des corps fibreux.

Dans chacun des deux canaux cruraux existait une tumeur : à gauche, outre l'entérocele, on trouvait une hernie graisseuse ;

l'intestin grêle avait été étranglé à 0",50 de sa terminaison; il était perforé et soudé par des fausses membranes solides; à droite existait une hernie graisseuse renfermant une cavité kystique remplie de sérosité.

La cavité abdominale était le siège d'une péritonite généralisée.

5. M. Labbé présente une ankylose complète du genou dont les premiers accidents remontent à quinze ou vingt ans. Cette pièce, provenant d'une femme tuberculeuse âgée de trente-cinq ans, offre un bel exemple de soudure directe des deux os et de jetées osseuses allant de l'un à l'autre. Une de ces ossifications occupe la place d'un ligament croisé.

6. M. Charnal met sous les yeux de la Société un *anévrisme artérioso-veineux*, datant d'une saignée pratiquée en 1845. C'est entre une des veines profondes et une branche de l'artère brachiale, divisée prématurément, qu'existe la communication. En 1846, M. Follin avait établi le diagnostic, et, pour démontrer l'indépendance des veines superficielles, il avait fait à la médiane basilique une saignée dont M. Charnal croit retrouver la cicatrice veineuse. Dans ce point, qui est au niveau de la cicatrice de la peau, la veine est légèrement dilatée et présente une ligne d'apparence cicatricielle (1).

M. Houel doute qu'après dix ans la plaie de la veine puisse être encore apparente; il demande si les veines profondes étaient variqueuses? Quel a été le traitement? A-t-on essayé la compression, qui réussit bien dans les cas de ce genre, et dont il a vu M. Nélaton obtenir de très heureux résultats?

M. Charnal répond que les veines n'étaient pas variqueuses, et qu'aucun traitement n'a été mis en usage, la malade n'éprouvant que fort peu de gêne de son infirmité.

M. Giraldès cite comme faits analogues : 1° Un cas d'anévrysme

(1) L'observation détaillée a été lue par M. Charnal à la Société de chirurgie.

artérioso-veineux des veines profondes, dans lequel la dilatation était également très limitée, publié par Aldermann, qui l'a fait représenter.

2° Dans les *Essais de chirurgie* de Charles Bell, on trouve, accompagnée d'une planche, une observation d'anévrysme artérioso-veineux, remarquable par cette particularité, que l'artère se divisait prématurément, et qu'ensuite les deux branches s'anastomosaient au-dessous de l'anévrysme. C'est en opérant par le procédé de Hunter, et en voyant la circulation continuer, que Charles Bell découvrit cette anomalie, et fut obligé de lier la seconde artère.

7. M. Bailly montre des pièces recueillies sur une femme cancéreuse, âgée de soixante ans, morte des suites d'une fracture du fémur, un mois après l'accident. Cette malade présentait, avec une vaste ulcération cancéreuse du sein, tous les symptômes d'une cachexie avancée.

Dans les tissus qui réunissent les deux fragments, on trouve des lamelles osseuses, et il y a commencement de consolidation. Les fragments sont très vasculaires, pleins de vacuoles, hérissés d'aspérités et même d'aiguilles osseuses au niveau de la fracture.

Le cancer du sein est profondément ulcéré, et met à nu le muscle grand pectoral; dans cette partie ulcérée, on trouve très peu de tissu morbide. Ce cancer appartenait à cette variété dans laquelle l'élément cancéreux semble détruit par l'ulcération à mesure qu'il se produit. Dans la peau, on trouvait plusieurs tubercules cancéreux.

Le fœte était criblé de noyaux de cancer; ceux de la superficie présentaient la forme en godets.

Les reins laissaient voir les anomalies suivantes: réunis sur la ligne médiane, chacun d'eux recevait ses artères de deux sources: pour le rein gauche, une artère détachée de l'aorte, au-dessous des diaphragmatiques inférieures, fournissait à sa portion supérieure; la portion inférieure recevait une deuxième branche, née de l'aorte avec la mésentérique. Le rein droit recevait l'ar-

ture rénale, plus une petite branche née près de la division de l'aorte.

Les veines rénales se rendaient dans la veine cave inférieure. La veine mésentérique inférieure (petite mésentérique) se jetait dans la veine cave, au-dessous de la veine rénale du côté gauche. Il y a deux uretères.

M. Guyot met sous les yeux de la Société une *rétroflexion du col de l'utérus* très prononcée.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de trente-huit ans, n'ayant jamais eu d'enfant, morte d'encéphalopathie saturnine, et qui pendant sa vie n'avait jamais éprouvé de symptômes du côté de l'utérus. Le col, très volumineux, était complètement renversé en arrière ; le corps, fixé par de nombreuses adhérences, était en position normale. Le vagin paraissait normal.

M. Cruveilhier, récemment consulté pour un cas de stérilité, a trouvé la même disposition que sur cette pièce. Le col était tout à fait fléchi en arrière ; mais de plus la paroi antérieure du vagin était très raccourcie. Le coït devait avoir lieu dans le cul-de-sac formé entre le col déplacé et la paroi postérieure du vagin.

M. Gallard insiste sur l'existence d'une *rétroflexion* chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant, comme fait à opposer à la théorie de l'*antéflexion* congénitale. Quoique l'utérus soit petit, il pense qu'il a dû y avoir, pendant la vie, des symptômes sur lesquels la malade a pu n'être pas interrogée, l'attention n'étant pas fixée sur ce point, et que du reste la leucorrhée qui existait dans ce cas était probablement déterminée par le déplacement. Ce n'est qu'en introduisant un hystéromètre qu'on aurait pu apprécier la direction du corps de l'utérus et établir un diagnostic rigoureux.

M. Guyot rappelle que l'utérus était fixé par de nombreuses adhérences, qu'il avait été, par conséquent, le siège d'une inflammation, et il croit que l'introduction d'un instrument aurait pu, dans ce cas, déterminer de graves accidents.

M. Gallard. En introduisant l'hystéromètre avec précaution, sans force et lentement, on ne provoque pas d'accidents.

M. Goupil a vu la malade dont il est question, en 1852 et en

1853, dans le service de M. Briquet. A cette époque, elle n'accusait rien qui pût être attribué au déplacement de l'utérus. Il a essayé à plusieurs reprises d'introduire l'hystéromètre dans l'utérus de cette femme, et il n'a jamais pu y réussir.

M. Axenfeld pense que la leucorrhée peut très bien être rattachée à l'état de cachexie profonde dans laquelle était cette malade, sans être nécessairement rapportée au déplacement de l'utérus.

9. MM. Tarnier et Vulpian appellent l'attention sur un foie présentant des taches sanguines, qui seraient le premier degré d'abcès métastatiques. Ce foie provient d'une femme morte à la suite d'une *phlegmatia alba dolens*, développée après l'accouchement. A l'autopsie, on trouva les veines fémorales profondes suppurées dans toute leur étendue ; la saphène droite était aussi remplie de pus. Il n'y avait pas de caillots ; aucune ligne de démarcation ne séparait le pus du sang. Le genou gauche renfermait du pus ; les poumons contenaient de nombreux abcès métastatiques.

Le foie présentait cet état gras sur lequel M. Tarnier a déjà appelé l'attention de la Société comme se rencontrant dans la fièvre puerpérale ; il pense que cette modification est liée à l'état puerpéral, tout aussi bien que la présence du sucre signalée dans les urines par M. Blot.

M. Vulpian a examiné les lésions du foie et les a trouvées constituées, dans les deux points altérés, par une infiltration sanguinolente du tissu le plus voisin de la capsule de Glisson, qui elle-même est tout à fait saine.

Le liquide infiltré est facilement exprimé par une pression assez légère, et sort alors comme d'une éponge.

Le tissu où s'est fait l'infiltration est composé :

- 1° De tissu conjonctif ;
- 2° D'éléments fusiformes à noyaux très abondants ;
- 3° D'un petit nombre de cellules hépatiques.

Dans cette trame se trouvent encore de la fibrine coagulée et des granulations de matière colorante du sang.

Le liquide épanché est formé :

- 4° De sang très noir, visqueux, remarquable par l'intégrité complète de ses globules rouges ;

2° De globules épars au milieu du sang, incolores, de 0^{mm},009 environ de large, sphéroïdaux, granuleux.

Ces globules paraissent être des globules de pus par leurs dimensions, par leur état granuleux (4), par leurs réactions en présence de l'acide acétique et de l'eau.

Lorsqu'on examine la trame infiltrée, on y trouve un très grand nombre de ces globules de pus mêlés à des globules du sang.

Les points les plus remarquables de cette analyse microscopique sont :

1° La présence de globules de pus disséminés dans le sang infiltré, sans trace de collections purulentes ;

2° Le nombre considérable d'éléments fusiformes à noyau, hors de toute proportion avec le nombre de ceux que renferme le foie à l'état normal ;

3° La constitution de la trame des infiltrations, trame qui est formée par les éléments fusiformes que nous venons d'indiquer, et par du tissu cellulaire.

Les cellules hépatiques que l'on rencontre çà et là dans la trame indiquent bien que l'infiltration ne s'est pas faite en dehors du tissu hépatique, sous la capsule de Glisson, hypothèse réfutée d'ailleurs par la forme des infiltrations, qui ne font aucune saillie au-dessus de la surface du foie, autour desquelles le parenchyme ne paraît aucunement refoulé. C'est donc dans le tissu hépatique lui-même que se sont faites, et l'infiltration puro-sanguine, et la production exagérée d'éléments fusiformes à noyau ; mais il est difficile de comprendre ce que sont devenues toutes les cellules hépatiques.

Enfin, le sang examiné dans les vaisseaux du foie ne présente aucune augmentation marquée de ses globules incolores.

M. Cruveilhier croit que ces petites tumeurs sont formées par du tissu érectile.

M. Houel n'y trouve ni la saillie des tumeurs érectiles du foie, ni le très petit volume des abcès métastatiques, et il est porté à les attribuer à une hémorrhagie.

(4) Ils sont plus granuleux que les globules blancs du sang, à l'état normal ; car il ne faudrait pas prendre, pour type des globules blancs de l'état normal, les globules malades, gras et granuleux de la leucocythémie.

M. *Turner* insiste sur l'existence d'abcès métastatiques bien caractérisés dans le poumon, de l'épanchement purulent dans le genou, et sur ce fait que les abcès métastatiques débutent par une infiltration sanguine.

10. M. *Doyen* présente à la Société des *fractures des vertèbres cervicales*.

Drouhin (Isidore), âgé de trente-quatre ans, journalier, fut amené à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine le 24 août 1856. Il était tombé à la renverse en voulant gravir une pile de bois ; la chute eut lieu d'une hauteur de 15 à 18 pieds, et au même instant on entendit un craquement très manifeste. Ses camarades coururent aussitôt à lui, et le trouvèrent sans mouvement, mais conservant toute sa connaissance.

Au moment où nous observons le malade, l'accident remonté à deux heures environ.

Sa tête est fortement fléchie et inclinée à gauche ; le menton repose sur la poitrine ; le cou est tassé et élargi. L'abâttement de la face, l'altération des traits et l'immobilité du malade dénotent une affection grave (luxation ou fracture des vertèbres cervicales).

M. Follin essaye l'extension de la tête, qui se fait sans grands efforts, et à peu près sans douleur. La tête reprend donc sa position normale, et le cou ses dimensions naturelles, mais avec un craquement multiple qui annonce assez l'étendue des lésions. La tête est maintenue dans la rectitude entre deux coussins placés sur les parties latérales.

À la pression, le cou est douloureux. Le malade à la langue sèche, une soif très vive ; il se plaint de la tête.

Toute la portion du corps située au-dessous des mammelons est paralysée complètement du mouvement et du sentiment. Si l'on remonte à partir de ce niveau, on trouve d'abord des parties d'une sensibilité obtuse ; cette sensibilité augmente de bas en haut jusqu'au milieu du cou, où elle a recouvré toute son intégrité.

Aux membres supérieurs la sensibilité est plus ou moins altérée, abolie sur certains points, abolie sur d'autres : ainsi la peau du bras est encore un peu sensible, celle de l'avant-bras et de la main est tout à fait insensible en arrière. Du côté du mouvement, lésions

analogues; flexion difficile et sans précision de l'avant-bras sur le bras, immobilité de celui-ci sur le tronc; le mouvement de supination de la main est assez bien conservé, la flexion et l'extension des doigts sont impossibles.

La respiration présente de curieuses particularités : le ventre se développe pendant que les côtes s'abaissent, c'est-à-dire qu'il n'y a plus le rapport normal entre les mouvements du diaphragme et ceux de la cage thoracique; enfin, on voit le ventre s'affaisser au moment où le thorax *semble* soulevé en masse.

La respiration est accélérée, et l'on ne compte pas moins de 35 respirations par minute; le murmure vésiculaire est masqué par un râle trachéal qui retentit dans toute la poitrine. Le malade cherche en vain à vider ses bronches, les conditions essentielles de l'effort n'existant plus. La voix est conservée, mais avec un affaiblissement notable. L'intelligence est toujours nette. Pouls à 70, régulier. Ces détails furent recueillis au moment même de l'entrée du malade, qui succomba une heure plus tard. On n'a pas examiné s'il y avait eu des érections.

A l'autopsie, point de fracture du crâne, point de lésion du cerveau, mais une grande mobilité de toute la région cervicale; on enleva rapidement les vertèbres fracturées, en constatant l'enfoncement du canal vertébral et la déchirure de la moelle. La pièce fut ensuite abandonnée à la macération, et on peut maintenant y remarquer les détails qui suivent :

Le maximum du déchirement siège au niveau des quatrième, cinquième et sixième vertèbres. La troisième vertèbre présente une fracture de l'apophyse articulaire inférieure droite. La quatrième vertèbre, vue par sa face postérieure, est complètement divisée; la lame vertébrale gauche forme un fragment enfoncé dans la moelle, avec une esquille plus petite qui n'est autre chose que le tubercule gauche de l'apophyse épineuse.

La cinquième vertèbre est plus endommagée encore : trois traits de fracture siègent sur les lames, les divisent en deux parties, la gauche formée par la lame de ce côté, la droite représentant l'apophyse épineuse, plus toute la lame droite. En ce point la mobilité est extrême.

La sixième vertèbre présente des lésions de même ordre, mais plus multipliées encore.

Vue par sa face antérieure, la colonne cervicale ne présente de fractures qu'au niveau du corps de la sixième vertèbre ; mais c'est là un véritable écrasement avec esquilles.

Sur les faces articulaires supérieure et inférieure du corps de la cinquième vertèbre, on voit comme deux fissures, qui, sans doute, sont les deux extrémités d'une fracture sans déplacement.

Sur la face latérale droite, les apophyses articulaires de presque toutes les vertèbres sont fracturées comminutivement et adhérentes aux différents tendons des muscles profonds du cou.

A gauche il n'y a rien à noter, si ce n'est au niveau de l'apophyse transverse de la septième cervicale, qui est complètement fracturée à sa base.

11. M. Aubrée présente des fractures du cartilage thyroïde et du maxillaire inférieur, produites par un coup de pied de cheval.

Dans la journée du 3 août 1856, le nommé François D., cocher, vient à l'hôpital Beaujon après avoir reçu un coup de pied de cheval qui a porté sur la partie antérieure du cou et la mâchoire inférieure.

A la partie antérieure du cou siège une ecchymose représentant à peu près exactement la forme de la partie courbe du fer à cheval, et dont la convexité regarde en bas ; le menton offre une plaie transversale de 4 à 5 centimètres d'étendue.

La pression sur le larynx produit une assez vive douleur, on n'y sent que la crépitation sanguine ; à chaque instant des crachats de mucus mêlés d'une grande quantité de sang sont rejetés au dehors.

La voix est difficilement articulée et presque éteinte. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont douloureux, surtout la douleur est vive près des condyles. L'exploration des arcades dentaires et des branches du maxillaire ne fait reconnaître aucun déplacement. Un peu de sang s'est écoulé par l'oreille gauche aussitôt après l'accident.

Le malade a beaucoup de peine à exécuter le mouvement de déglutition ; il ne peut avaler que des boissons prises avec le biberon. L'intelligence est tout à fait intacte.

Large saignée, résolutifs sur le cou. Les jours suivants plusieurs

applications de sangsues sont faites sur la partie antérieure du cou. La respiration, quoique difficile, se fait cependant encore d'une manière suffisante jusqu'au 6, troisième jour après l'accident.

Mais ce jour-là il y a dans l'après-midi un accès de dyspnée, avec menace d'asphyxie, qui dure quinze minutes environ. Deux heures plus tard, l'air pénétrant plus facilement dans les tuyaux bronchiques, le malade se lève et se promène quelque temps. Dans la soirée, il meurt tout à coup, sans aggravation apparente des symptômes d'asphyxie, et sans même que son voisin s'en aperçoive.

L'autopsie, pratiquée le surlendemain, fait découvrir une fracture du cartilage thyroïde portant sur sa lame gauche et se dirigeant obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Derrière le cartilage, on trouve à l'intérieur du larynx la muqueuse déchirée dans une étendue de 2 centimètres, d'avant en arrière, au niveau de la partie inférieure de la corde vocale inférieure, et les fibres supérieures du muscle thyro-aryténoïdien rompues. Les replis aryténo-épiglottiques sont infiltrés et viennent presque au contact; la muqueuse est injectée à leur niveau.

Le maxillaire inférieur est fracturé dans trois points : à sa partie moyenne, au niveau de la symphyse, qui est divisée verticalement, sans qu'il y ait rupture du périoste externe de l'os; dans les condyles, dont les cols sont obliquement divisés, tous les deux, de haut en bas et de dehors en dedans (4). La portion du conduit auditif externe qui forme l'arrière-fond de la cavité glénoïde présente une fracture dirigée d'avant en arrière.

12. M. Ferréol montre des lésions probablement syphilitiques des reins, et communique les détails qui suivent :

Vers la fin d'octobre se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Louis une femme, âgée de quarante-cinq ans, atteinte de tubercules ulcérés de la peau du nez et des joues; cette affection, qui datait de sept mois, fut reconnue pour syphilitique par M. Cazenave. Elle avait débuté par la muqueuse nasale depuis un peu plus

(4) M. Malgaigne ne signale qu'un seul cas de cette espèce de fracture; il l'emprunte à la thèse de M. Houselot. — Malgaigne, *Traité des fractures*, pag. 400. (Note du secrétaire.)

d'un an, la malade mouchant beaucoup d'humeur et de croûtes. Les os propres du nez ne sont pas atteints; la partie cartilagineuse de l'organe est seule un peu enfoncée. Il est impossible, du reste, de rien retrouver dans les antécédents qui se puisse rapporter à la vérole; la malade affirme n'avoir jamais rien eu du côté des organes génitaux, ni même du côté de la peau; elle n'a jamais eu, assure-t-elle, ni tache, ni bouton, ni glande engorgée, ni maux de gorge; ses cheveux ne sont pas tombés, elle accuse seulement un peu de sueurs blanches aux approches des règles. Disons, toutefois, que le traitement mercuriel, donné à la malade dès son entrée, a eu sur les lésions cutanées un effet très marqué et a parti favoriser leur cicatrisation d'une manière très évidente.

Dès le jour d'entrée de la malade, on s'aperçut qu'elle avait une incontinence d'urine, et en la faisant lever pour l'examiner, on put voir qu'elle était peu solide sur ses jambes; lorsqu'elle était restée debout quelques instants, ses jambes fléchissaient subitement, et elle s'affaissait dans une position demi-assise sans pourtant tomber jusqu'à terre; la contractilité musculaire, tin instant suspendue, revenait presque aussitôt, et la malade pouvait se redresser et s'affermir. La marche est lente, un peu incertaine, comme d'une personne légèrement étouffée par une ivresse commençante; mais le pied ne tremble point, n'est pas lancé en avant comme on l'observe dans la paraplégie au début. La sensibilité est conservée, l'intelligence est libre, mais tin peu paresseuse et obtuse, ce qui tient peut-être à la nature de la malade.

Interrogée sur ses antécédents, la malade raconte qu'elle était autrefois d'une santé excellente; il y a trois ans, elle a été prise d'une rétention d'urine et de constipation, avec douleurs de reins très vives; le ventre a gonflé; les jambes étaient mortes, dit-elle, elle ne les sentait plus; elle n'a pas perdu connaissance, n'a pas eu de coup de sang; elle avait seulement un grand mal de tête, beaucoup de fièvre et dormait sans cesse. Entrée à l'hôpital Beaujon, on la sonda, on lui donna de la tisane, quelques bains, pas d'émissions sanguines, pas de pilules, rien à l'intérieur. Elle y resta un mois, son état s'était amélioré lentement; mais au lieu d'une rétention d'urine, elle avait de l'incontinence; les jambes étaient très faibles et ne pouvaient la porter.

Depuis elle ne s'est jamais complètement rétablie; c'est à peine

si elle peut s'occuper de son ménage (elle vit avec son fils); elle laisse toujours aller ses urines sous elle, mais seulement pendant son sommeil, elle reste quelquefois huit jours sans garde-robcs; quand elle est debout, elle éprouve des étourissements, des titubations; elle a constamment la tête lourde et de la tendance au sommeil.

La malade est sondée, et on retire de la vessie environ 500 grammes d'une urine très claire et à peine colorée, qui ne fournit aucun dépôt, et qui n'est pas éprouvée aux réactifs chimiques.

M. Cazenave met la malade à l'usage du seigle ergoté, à la dose de 4 gramme dans un julep.

Les premiers jours se passent bien.

Le 9 novembre, la malade est prise de fièvre, avec céphalalgie intense, prostration, abattement, parole faible, pouls 120 : Le ventre est gros, ballonné, sonore partout; il y a de la constipation depuis quelques jours (une bouteille d'eau de Sedlitz).

Le 10 novembre, même prostration avec somnolence, la malade a eu trois ou quatre vomissements bilieux à la suite de son eau de Sedlitz; elle a été purgée néanmoins, le ventre est moins tendu. Pas de toux, rien à noter du côté du foie, la respiration est un peu obscure dans la fosse sous-épineuse droite, et il y a en ce point un peu de matité relative; mais on entend le bruit respiratoire un peu voilé, sans râle, ni souffle.

Le 11 et le 12, même état avec un peu d'amélioration, le mal de tête est moins fort, la malade perd toujours ses urines en dormant; elle a encore un vomissement bilieux.

Le 13, la malade se trouve assez bien pour demander à se lever. — Pouls 74.

Le 15, rechute, somnolence, céphalalgie, crampes, soubresauts, douleurs très vives dans les jambes. Les jours suivants, la prostration augmente, on a de la peine à faire répondre la malade, qui affirme ne plus souffrir d'aucune partie du corps. Elle ne tousse pas, et perd toujours autant ses urines, qu'on ne songe point à examiner. Une large escarre se montre au-devant du sacrum. Enfin, elle tombe dans le coma, et s'éteint le 21 novembre au matin.

À l'autopsie, on constate d'abord que les fosses nasales sont le siège d'une lésion très grave. Les cornets ont disparu en totalité,

et il ne reste plus de l'ethmoïde que la lame verticale. Le voile du palais et la voûte palatine sont intacts.

La rigidité cadavérique est très prononcée. Le canal rachidien est ouvert : la moelle est absolument intacte dans toute son étendue, les membranes sont parfaitement saines.

Le cerveau offre une densité remarquable, on dirait qu'il a macéré dans l'alcool ; la commissure grise, si facile à rompre d'habitude, résiste sous le scalpel, et a une consistance tout à fait inaccoutumée. Le ventricule moyen paraît plus petit qu'à l'ordinaire ; les commissures coupées, il se présente encore sous l'aspect d'une fente assez étroite, dont les parois n'ont aucune tendance à s'écarter. Au milieu du lobule intra-ventriculaire du corps strié, on aperçoit une sorte de soulèvement de la substance cérébrale qui paraît en cet endroit comme amincie et comme soufflée ; si l'on y applique le doigt, on y perçoit une sensation de fluctuation évidente ; une incision étant faite sur ce point, on découvre une petite cavité, pleine d'un liquide séreux grisâtre, pouvant loger une petite noisette, et tapissée à l'intérieur d'une sorte de membrane séreuse très mince. La substance cérébrale qui entoure ce petit kyste est parfaitement semblable au reste du cerveau, qui, d'ailleurs, n'offre aucune trace d'injection, ni de suffusion sanguine ; les membranes sont transparentes et saines.

Les poumons sont sains au sommet, le lobe inférieur gauche est un peu congestionné en arrière, mais surtout le lobe inférieur droit, qui est en même temps très ramolli ; cependant on y retrouve la texture lobulée du poumon. Il y a d'assez fortes et anciennes adhérences de tout le poumon droit à la plèvre costale.

Le cœur, assez volumineux, surtout à gauche, n'offre rien à noter.

Les viscères abdominaux sont sains, à l'exception de l'appareil urinaire, qui offre des lésions fort graves.

Les reins, entourés d'une atmosphère cellulo-graisseuse plus dense que d'habitude, sont recouverts d'une tunique propre beaucoup plus épaisse qu'à l'ordinaire et dont la face interne, très raboteuse et très adhérente, ne se laisse pas facilement enlever. Cette tunique, par sa consistance et son aspect fibreux, peut être tout à fait comparée à l'albuginée du testicule. Le rein gauche mesure 0,445 en hauteur et 0,08 en largeur ; le droit 0,435

sur 0,075. A la surface externe, on remarque sur tous deux une foule de taches jaunâtres, inégales, les unes petites et arrondies, les autres irrégulières et larges, formant de légères saillies ; elles sont entourées d'une coloration qui varie du rouge cuivre au violet sombre. Si l'on enlève la tunique propre du rein qui recouvre ces taches, on voit qu'elles sont formées par une matière semi-pulpeuse, d'un gris jaunâtre, infiltrée çà et là de véritable pus, quelques-unes de ces taches sont entièrement constituées par du pus. La tunique enlevée, on peut faire sortir ce pus, qui infiltre la substance du rein comme l'eau infiltre une éponge ; et en pressant un peu, on détermine l'issue d'une sorte de bourbillon qui laisse après lui une petite caverne anfractueuse. A la coupe, on retrouve la même matière semi-pulpeuse infiltrée de pus ; elle envahit presque toute la substance corticale, et se retrouve, mais en moins grande quantité, dans la substance tubulée.

La muqueuse des calices, qui sont très dilatés, est tomenteuse, couverte d'une fine injection arborisée, sur laquelle on remarque de petites suffusions sanguines formant des taches irrégulières. Cette injection est plus marquée sur le rein droit ; elle se retrouve dans les bassinets et dans les uretères, qui sont dilatés, de manière à admettre les premiers un œuf de pigeon, les seconds l'introduction du petit doigt auriculaire.

La vessie, petite et revenue sur elle-même, a des parois qui mesurent en épaisseur de 3 à 5 millimètres ; cet épaissement porte principalement sur la muqueuse, qui est boursoufflée, tomenteuse, et présente des espèces d'anfractuosités qui offrent quelque analogie avec les colonnes charnues du cœur ; elle est le siège d'une injection arborisée très intense, d'un rouge écarlate en quelques points, et d'un violet sombre dans le bas fond. Elle est remplie de pus fluide et grisâtre.

**HYPERTROPHIE VIREUSE DE LA PROSTATE; TUMEURS PÉDICULÉES
ENTOURANT LE COL DE LA VESSIE ET DÉVELOPPÉES EN AVANT ET
EN ARRIÈRE; ABCÈS URINEUX REMONTANT JUSQUE DANS LE THORAX.**

— Observation par M. RAOUL LEROY (d'Étiolles).

Blany, âgé de soixante-quinze ans, maçon. Depuis six ans qu'il est aux Incurables (service de M. Hillairet), il se livre à l'ivrognerie.

Il entre pour la première fois à l'infirmerie, le mardi 24 octobre 1856, affecté d'une rétention d'urine.

Le 22 octobre, on le sonde sans difficulté. Dans la journée, il est sorti se promener hors de l'établissement, il est rentré ivre.

Le 23, la sonde ne pénètre pas; elle rencontre un obstacle dans le col même; on viole un peu, il s'écoule du sang en abondance.

24 octobre (vendredi), M. Hillairet, dans le service duquel j'ai eu l'occasion de sonder quelques malades, me fait mander. Après plusieurs tentatives infructueuses, je pénètre dans la vessie avec une sonde dite en gomme élastique, courbe dans le tissu, à extrémité conique, et dont le bout est terminé par une petite olive.

On rencontre l'obstacle au col; le toucher rectal me fait sentir, en effet, une prostate très hypertrophiée. La rétention durait depuis trente-six heures. Je donne issue à plus de 3 litres d'urine claire, mais rougie par du sang qui s'y mêle à son passage à travers le col. Pendant la demi-heure que met l'urine à sortir, j'interroge ce malade: ses réponses sont peu précises; cependant il résulte clairement, des renseignements que j'ai pu en tirer, qu'il aimait beaucoup les femmes et le vin; quand il ne pouvait se livrer au coït, il se masturbait. Depuis longtemps, il urine souvent et peu à la fois.

Il a de la fièvre (96 pulsations), la peau est chaude; le ventre est moins sensible depuis que la vessie est moins pleine. Il n'y a aucun signe d'infiltration urineuse. Je laisse la sonde à demeure pour quatre jours.

Le 27 octobre, quatrième jour, on veut retirer la sonde pour la changer; on ne peut pénétrer de nouveau. M. Demarquay, qui remplace M. Monod à la Maison de santé, est appelé; il parvient

dans la vessie, non sans quelque difficulté. La sonde est laissée de nouveau à demeure ; l'urine est toujours claire.

Le 28, le malade ressent un point très douloureux dans le côté ; la fièvre augmente, quelques signes de pleurésie sont observés, et le malade meurt dans la nuit du 31 octobre.

Le 2 novembre, *autopsie*, avec M. Danner, interne du service.

Prostate volumineuse, partagée en quatre lobes d'inégale grosseur. Une première tumeur, grosse comme une noix et pédiculée, s'est développée sur le lobe latéral gauche, et fait dans la vessie une saillie beaucoup plus proéminente que les autres. La seconde tumeur, développée sur le lobe droit, commence à se pédiculer ; elle est plus grosse que la première, et vient se loger au niveau de son pédicule, où elle trouve le plus de place. La troisième est celle dont la base est la plus large ; ses bords vont mourir dans les deux sillons latéraux ; elle a pris naissance sur le lobe moyen d'Everard Home, ou lobe pathologique. Une quatrième faisait déjà un relief sensible entre la tumeur de droite et la moyenne ; c'est à sa base que la sonde est venue buter, et c'est dans son tissu que l'instrument s'est enfoncé de quelques millimètres, sans causer d'autre désordre qu'un petit pont fibreux recouvert de muqueuse.

Je ne dirai que peu de mots de l'existence de trois autres petites tumeurs grosses comme des pois, parfaitement distinctes du reste de la masse fibreuse que forme la prostate, par leur dureté presque cartilagineuse. Deux d'entre elles sont placées sur la limite du col du côté de l'urètre, près du verumontanum ; la troisième est située dans la vessie, sur le côté gauche de la tumeur médiane.

L'ouverture pratiquée dans toute la longueur de la face antérieure de la pièce permet de l'étaler. Les tumeurs sont alors sur le même plan ; mais si l'on rapproche les deux parties latérales au niveau de la prostate, et si l'on examine alors l'orifice urétral du côté de la vessie, on voit clairement (la pièce étant horizontalement étalée sur une planche) que l'orifice vésical est surmonté de deux tumeurs : l'une, celle de gauche, la plus saillante, presque placée sur la ligne médiane et ayant de la tendance à tomber pour fermer le col ; on aperçoit en arrière, plus vers l'urètre, la saillie de la tumeur droite, qui concourt pour une grande partie à l'oblitération du canal.

La vessie est d'une grande capacité ; ses parois sont hypertro-

phiées, la tunique musculieuse surtout; elle a en certains endroits plus de 4 centimètre d'épaisseur. Vers la face latérale gauche, les parois sont moins épaisses. Sur la limite de cette face latérale gauche et de la face postérieure, il existe une ouverture ronde qui fait communiquer la cavité vésicale avec une poche ou cellule qu'il est tout d'abord difficile de regarder comme faisant partie de la vessie. En l'examinant avec attention, on remarque que ses parois sont semblables à celles de la vessie, mais moins épaisses; les fibres musculaires y sont minces et rares, la muqueuse qui la tapisse n'est pas saine comme celle de la vessie; elle paraît en partie détruite, comme si elle avait macéré dans le pus (1). L'ouverture déchirée qui existe à la gauche de cette poche a été faite par la dissection.

Cette cellule ne communiquait pas avec un vaste abcès de la fosse iliaque interne, mais elle en était séparée en un point par une couche mince que la moindre traction a détruite. Cet abcès, qui contenait du pus crémeux de bonne nature, remontait le long du psoas jusque dans la plèvre; il avait dans sa route décollé le péritoine au niveau du mésocolon, entouré le rein, et pénétré dans la poitrine après avoir disséqué quelques fibres du diaphragme.

On peut encore s'assurer, par la portion des uretères qui reste attachée à la vessie, que ces conduits étaient habituellement distendus par l'ancienne rétention incomplète d'urine. Leur diamètre est au moins double de ce qu'il doit être dans l'état sain.

La pièce que j'ai l'honneur de placer sous les yeux de la Société est remarquable par la rareté de la disposition anatomique des tumeurs développées sur les différents lobes de la prostate.

Elle est intéressante au point de vue du diagnostic à établir en pareille circonstance et au point de vue du traitement qu'il serait possible de mettre en usage en pareil cas.

Des exemples semblables ont été racontés par Everard Home (*Treatment of the Diseases of the Prostate Gland*, 1818, Lond., p. 155, chap. VIII. — *On the Enlargement and Projection of the Right Lateral lobe, into the Bladder*. Sur l'hypertrophie et la saillie du lobe latéral droit dans la vessie..., id., p. 162). *The right lobe*

(1) Cette arrière-cavité n'a pas été considérée par la Société comme appartenant à la vessie, mais comme un abcès consécutif à une perforation.

of the prostate gland had a process of a cylindrical form projecting into the bladder. Le lobe droit de la prostate avait un prolongement cylindrique proéminent dans la vessie...

Mon père, il y a une vingtaine d'années, a signalé cette disposition et l'a décrite dans un mémoire (épuisé maintenant et que je n'ai plus moi-même) intitulé *Recherches sur la prostate*.

Je ne puis affirmer que M. A. Mercier, dont les recherches anatomiques sur le col de la vessie sont appréciées, ait observé des tumeurs prostatiques disposées de la sorte. En effet, il en donne d'abord la description, et quelques lignes plus loin il déclare qu'elles n'existent jamais. Dans son livre intitulé *Recherches anatomiques sur les maladies des organes urinaires chez les hommes âgés*, page 459, il est dit : « Il se trouve une autre tumeur de la grosseur d'une noix, et pédiculée, sur le lobe gauche, tout près du bord antérieur de l'orifice urétral. Sur une autre pièce, que j'ai également recueillie, il se trouvait quatre tumeurs de la grosseur d'une noisette..... Toutes quatre se soutenaient mutuellement au-dessus de l'entrée du canal. On n'en rencontre jamais au-devant même de l'urètre, par la raison qu'il n'existe pas là de granulations glanduleuses (4)... » Et plus loin, page 462, l'auteur se contredit : « Je n'ai jamais vu de tumeur ainsi circonscrite s'élever sur l'extrémité vésicale des lobes latéraux. »

La cause déterminante du développement de la prostate n'a pas été seulement l'âge avancé de cet homme, mais aussi les excès vénériens de tout genre auxquels il s'est livré, et le volume exagéré du pénis seul permettrait de le supposer, s'il n'avait à cet égard positivement indiqué quels étaient ses goûts et ses habitudes. Je rappelle à ce propos que tous les individus châtrés ont une prostate remarquablement petite; cette observation s'applique à l'homme et à tous nos grands animaux domestiques, cheval,

(4) Cette règle que pose M. Mercier n'est pas sans exception : j'ai vu la prostate entourer complètement le col de la vessie, et deux fois le canal s'ouvrir à travers la glande plutôt en arrière qu'en avant; en d'autres termes, la face antérieure du col était entourée d'une couche plus épaisse de granulations glanduleuses que la face postérieure. Et sur notre pièce on peut s'assurer qu'à défaut de granulations bien visibles, la face antérieure du canal est entourée d'une couche de tissu d'apparence fibreuse de plus d'un centimètre d'épaisseur, formée par la réunion antérieure du tissu des deux lobes latéraux.

beuf, etc. La profession a été complètement étrangère à la marche du mal.

Le diagnostic de l'hypertrophie simple de la prostate est facile à porter à l'aide du toucher rectal, de l'introduction de la sonde prostatique à courbure courte et brusque (c'est le nom que mon père lui a donné en 1835), tournée alternativement le bec en haut puis en bas, et tenant compte aussi de l'existence de symptômes déjà anciens. Le diagnostic des tumeurs plus ou moins pédiculées du col est, au contraire, assez difficile.

Cette sonde à petite courbure fournit des indices certains par les ressauts qu'éprouve son extrémité vésicale en passant d'une tumeur à l'autre dans un mouvement de rotation complète qu'on lui fait exécuter, en ayant soin de maintenir sa courbure serrée contre le col. Cette sonde, à cause de sa petite courbure, est d'une introduction difficile, quelquefois impossible dans le cas de développement considérable de la prostate, parce qu'alors la courbure naturelle est considérablement augmentée. Lorsque cette sonde à petite courbure ne peut pénétrer dans la vessie, on peut explorer le col de la vessie avec la sonde à inclinaison que mon père a fait exécuter dans ce même but. Cette sonde, dont la courbure est plus grande, après avoir pénétré dans la vessie, *peut se couder en arrière* au moyen d'une articulation pratiquée au niveau de la portion vésicale, à la limite de la courbure; une tige, mue par une vis de rappel, sert à la couder ou à la redresser. Si l'on fait exécuter des mouvements de rotation à cette sonde après avoir renversé sa portion mobile vers le bas fond, on s'assure de l'existence de tumeurs saillantes dans la vessie par la résistance qu'éprouve la sonde à exécuter son mouvement circulaire.

Le traitement, il y a vingt-cinq ans, aurait été impuissant en pareil cas. La sonde à demeure était le seul moyen mis alors en usage, et l'on obtenait ainsi un certain nombre de guérisons, non pas de l'hypertrophie, mais de la rétention d'urine; la pression continuelle de la sonde sur le col de la vessie produisait l'affaiblissement, la résolution des obstacles; parfois même elle détermine une eschare dont la chute démasque l'ouverture et creuse un sillon dans le bourrelet transversal. La pièce que nous avons sous les yeux montre ce dernier mode d'action; en effet, chez ce malade la sonde est restée neuf jours entiers: les points saillants de la

prostate qui étaient en contact avec elle avaient subi un léger travail d'ulcération et de modification qui démontrent que si, dans un cas semblable, où l'orifice vésical était complètement fermé par des tumeurs multiples et pédiculées, le séjour de la sonde ne pouvait guérir, chez un malade affecté d'un simple bourrelet transversal (état ordinaire), quelques semaines auraient peut-être suffi pour rendre à l'urine son cours naturel en rétablissant le passage par la chute successive de ces petites eschares ; mais, dans l'exemple que nous avons sous les yeux, la sonde à demeure ne pouvait procurer la guérison puisque les deux tumeurs développées à la partie antérieure du col, jouant le rôle de soupape ou de valvules, n'éprouvaient aucune pression.

L'incision simple, pratiquée avec l'instrument en forme de brisé-pierre, dont la branche simple est une lame, peut réussir sur les bourrelets transversaux situés en arrière du col ; mais elle ne trouve pas ici son application.

Seuls, *l'excision, l'écrasement et la ligature* doivent être tentés.

L'excision, mon père l'a tentée il y a fort longtemps pour la première fois (en 1837) avec un instrument qu'il avait fait faire dans ce but, et qu'il a mis en usage quelquefois avec succès. C'est un instrument en forme de brisé-pierre, avec cette différence que les mors, au lieu de s'ouvrir dans le sens de l'axe de l'instrument, s'écartent comme des lames de ciseaux tranchantes par leurs points de contact et mousses en dehors.

Je ne dirai rien de l'excision pratiquée avec des instruments emporte-pièce ; ce genre d'excision peut être seulement destiné aux bourrelets transversaux du col de la vessie.

La ligature, en 1834, fut pratiquée sur un malade de Salmade, membre de l'Académie de médecine, avec un instrument serré-nœud que je place, ainsi que les autres instruments, sous les yeux de la Société. Mon père lia la tumeur ; au bout de quelques jours, elle se détacha et ne tarda pas à sortir spontanément, malgré son volume qui égalait celui d'une grosse noisette.

L'écrasement est plus facilement praticable. C'est avec le brisé-pierre de Jacobson, réduit à une dimension moyenne, que mon père réussit à détacher deux tumeurs qui sortirent aussi seules quelques jours après l'opération. L'un des deux malades était client de M. le docteur Caffé, dont j'invoque le témoignage ; l'autre était M. F...,

de Liège, malade des docteurs Lavacherie et Lombard, que la science regrette encore.

A l'heure qu'il est, mon père fait des essais pour appliquer l'instrument de M. Chassaignac à l'écrasement des tumeurs ; celui que j'ai l'honneur de montrer à la Société est courbé en sonde ; au-dessous de sa courbure est une ouverture pour permettre à la chaîne de rentrer et de sortir ; deux petits ressorts d'horloger sont appliqués dans la concavité de la chaîne pour la tenir écartée en anse quand on la fait saillir dans la vessie ; le reste de l'instrument ne diffère en rien de celui dont se sert M. Chassaignac.

M. Caudmont insiste sur plusieurs points relatifs à cette présentation. Ainsi que l'indique M. Leroy, les tumeurs pédiculées de la prostate sont rares, si rares que M. Caudmont n'en a pas vu d'exemples jusqu'ici. Le fait actuel lui-même laisse prise à quelques doutes. On voit bien une tumeur pédiculée, mais elle est flasque, molle ; elle ne semble pas être constituée par du tissu glandulaire, et peut-être vaut-il mieux la considérer comme une excroissance fongueuse ou variqueuse développée sur le col. On sait, en effet, que ces sortes de varicosités, sans être très communes, ne sont pas absolument rares. L'examen de la pièce, sans dissection, ne permet pas, dit M. Caudmont, d'affirmer que les tumeurs sont développées dans les lobes latéraux de la glande. Ces lobes, en effet, sont beaucoup moins considérables que les deux lobes moyens ; ils sont enveloppés par des trousseaux fibro-musculaires émanés du col vésical, et ne sont pas le siège habituel des tumeurs hypertrophiques de la prostate. Rien ne prouve que, dans le cas actuel, les tumeurs, appartenant d'abord aux lobes médians, n'ont pas refoulé peu à peu les lobes latéraux.

Enfin M. Caudmont appelle l'attention sur la remarque pratique suivante : A l'état normal, le canal de l'urèthre est plus rapproché de la paroi antérieure de la prostate que de la postérieure. La disposition inverse accuse un état pathologique. L'observation démontre que cet état est plus spécialement lié à l'hypertrophie sénile de l'organe, qui se développe surtout dans son lobe antérieur et moyen ; de telle sorte que le doigt introduit dans le rectum peut sentir, à travers une faible épaisseur de tissus, la sonde qui parcourt le canal de l'urèthre. La sensation éprouvée est bien diffé-

rente dans les cas de prostatite aiguë, de prostatite tuberculeuse, etc. Il y a donc là un moyen de diagnostic qu'il ne faut pas perdre de vue.

COXALGIE AVEC PERFORATION DU FOND DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE, ET PÉNÉTRATION PARTIELLE DE LA TÊTE DU FÉMUR DANS LE PETIT BASSIN, par M. AUBRÉE, interne des hôpitaux.

Au n° 236 du service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon, se trouve le nommé Tourneur (Jean), journalier, âgé de vingt-sept ans, originaire de la Nièvre. Cet homme est assez grand, mais pâle, amaigri, avec des muscles peu développés. Il a ressenti les premières douleurs dans l'articulation coxo-fémorale quand il était au service militaire, il y a cinq ans. Il ne sait ce qui a pu donner lieu au développement de son affection ; il était, comme tous les hommes de sa profession, exposé au refroidissement, à l'humidité ; cependant jamais il n'a eu aucune douleur rhumatismale dans les autres articulations. Ces premières douleurs articulaires ne furent pas de longue durée ; elles cédèrent, après quelques jours, à des ventouses scarifiées. C'est il y a quatre ans que commença réellement l'affection qui le fait entrer aujourd'hui à l'hôpital. Le malade ressentit dans la partie antérieure et supérieure de la cuisse, et à sa partie externe, derrière le grand trochanter, des douleurs assez vives, qui, exaspérées par la marche et le mouvement, l'obligèrent à garder le lit. Ces douleurs, bien que calmées de temps en temps par un traitement approprié : ventouses, vésicatoires, moxas, et surtout par les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, où le malade a passé une saison, ont toujours persisté. Voici l'état dans lequel se trouve cet homme à son entrée dans le service de M. Huguier, le 8 novembre 1854 :

Le malade est pâle, amaigri ; les membres sont grêles, par suite de la diminution considérable des parties molles ; cette maigreur et cette atrophie musculaire sont remarquables aux membres inférieurs, surtout au membre abdominal droit.

La partie supérieure de la cuisse droite est le siège de gonflement et d'induration qui s'étendent à la partie voisine de la fesse ; on trouve de la fluctuation à la partie externe et antérieure ; on pratique en ce point une ponction qui donne issue à une assez

grande quantité de pus séreux. Quelques jours plus tard, un autre point fluctuant se montre à la partie interne de la cuisse, et on en pratique également l'ouverture. Ces deux ouvertures restent fistuleuses, et donnent chaque jour issue à une certaine quantité de pus mal lié. Le malade se plaint de douleurs vives dans l'articulation coxo-fémorale; ces douleurs ont surtout leur foyer principal à la partie intérieure et interne de l'articulation, au niveau de la tête du fémur. Dans aucune période de la maladie il n'y a eu de douleurs au voisinage du genou. Le membre abdominal droit se trouve dans un état de rectitude parfaite, aucune rotation; la pointe du pied est tournée directement en haut. On ne peut faire exécuter aucun mouvement à l'articulation coxo-fémorale sans causer aussitôt une douleur très vive. La longueur du membre, mesurée avec toutes les précautions voulues, ne donne pas de variations appréciables avec celle du côté opposé.

L'état général du malade est loin d'être bon : la peau est chaude, le pouls un peu fréquent, la figure a une teinte jaune paille, les digestions sont pénibles, la diarrhée permanente, le sommeil difficile et souvent interrompu; enfin on remarque tout l'ensemble des symptômes de la fièvre hectique. On ne voit rien vers la poitrine qui puisse faire croire à l'existence de tubercules pulmonaires.

Quelques semaines après son entrée dans les salles de M. Huguier, le malade succombe à l'épuisement causé par la diarrhée et par la suppuration qui s'écoule par les trajets fistuleux voisins de l'articulation coxo-fémorale.

A l'autopsie, on trouve la cavité cotyloïde réduite à son tissu osseux, qui lui-même est ramolli, raréfié; le bourrelet fibreux reste; les cartilages manquent complètement. Plus de traces du paquet adipeux; perforation du fond du cotyle, où l'on voit une ouverture ovale de 4 centimètres dans un diamètre sur 5 dans l'autre. La tête du fémur, dépourvue de cartilages, est rugueuse, inégale, formée de tissu osseux ramolli et raréfié, comme celui de la cavité cotyloïde; elle est presque entièrement détruite, et s'avance à travers la perforation du fond de la cavité cotyloïde vers l'intérieur du petit bassin, où elle aurait certainement pénétré sans la barrière que lui offre le muscle obturateur interne, et sans les restes de la capsule articulaire, qui empêchent le col du fémur de remonter vers le petit bassin.

La capsule articulaire est assez forte ; elle présente deux ouvertures de 4 centimètre environ, l'une à la partie externe, l'autre à la partie interne, qui communiquent avec les conduits fistuleux qui aboutissent à la peau. La cavité articulaire est remplie par un muco-pus rougeâtre.

Du côté du petit bassin, aucune collection purulente; aucune altération du péritoine; les attaches du muscle obturateur ont arrêté le pus de ce côté.

Les tissus qui entourent l'articulation sont altérés ; le tissu cellulaire est épaissi, infiltré de lymphé plastique, et très adhérent à la capsule ; les muscles sont atrophiés, leurs fibres sont molles et très pâles.

Les poumons, les intestins examinés avec soin n'ont donné aucune trace de tubercules.

ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE PAR LE COLLET DU SAC (HERNIE INGUINALE), par M. DEVOUGES, interne des hôpitaux.

Cayeux (Félix), âgé de cinquante-cinq ans, layetier, entré le 6 septembre 1856, dans le service de M. Barth, à l'hôpital Beaujon, transporté le 13 dans le service de M. Huguier.

Cet homme est atteint d'une maladie du cœur dont les symptômes sont très marqués, et qui a déjà amené un commencement d'asphyxie. L'auscultation du cœur est impossible, probablement à cause de l'interposition d'une lame de poumon entre lui et la paroi thoracique antérieure.

L'affection qui l'a fait transporter dans un service de chirurgie, est une hernie inguinale droite étranglée depuis la veille. Il portait cette hernie depuis dix ans, et la maintenait mal, à l'aide d'un bandage qui la laissait souvent échapper. Les douleurs étaient alors très vives mais elles cessaient après la réduction, qui avait toujours été très facile jusqu'ici, et que le malade pratiquait lui-même.

14 septembre, au matin. La hernie est sortie depuis vingt-quatre heures, les symptômes d'étranglement se sont déclarés quelques heures après : douleurs vives, augmentées par la pression ; tension et rénitence de la tumeur, qui a le volume du poing ;

nausées ; pouls petit et irrégulier ; symptômes d'asphyxie commençante, sous l'influence de la maladie du cœur.

M. Huguier éloigne immédiatement l'idée d'une opération à cause de l'état général ; il n'ose même pas administrer le chloroforme pour faciliter le taxis. Après quelques essais infructueux de réduction, on parvient à faire rentrer une portion de la tumeur ; elle est réduite au tiers à peu près de son volume primitif ; aucune compression n'est établie ; bain, lavement purgatif.

44 septembre au soir. Le malade a rendu son lavement, et depuis les selles sont complètement supprimées. Vers midi, les nausées ont augmenté, et ont été suivies de vomissements jaunes verdâtres. La tumeur a repris son volume primitif. Le malade a du délire et s'agite dans son lit, où l'on est obligé de le fixer.

45 septembre. M. Huguier fait rentrer une partie de la hernie. Pensant alors que tout l'intestin est rentré et qu'une portion d'épiploon reste seule herniée, il établit une compression. Dans la journée, persistance des vomissements, pas de selles, aggravation des symptômes généraux.

46 septembre. Le malade a complètement ôté son bandage, et la hernie a reparu aussi volumineuse. Elle est réduite comme la veille, et le bandage réappliqué. Dans la journée, persistance des vomissements, qui deviennent noirâtres et stercoraux. Pas de selles ; lavement purgatif qui est rendu sans matières.

47 septembre. Le bandage est resté en place, mais les accidents continuent. Asphyxie très avancée ; pouls presque imperceptible. La mort paraît imminente ; elle a lieu le soir à six heures.

Autopsie, le 19 septembre. — Le cœur est presque complètement recouvert par une lame du poumon gauche qui est le siège d'un emphysème. Il est très volumineux, et ses orifices paraissent sains. La crosse de l'aorte est très dilatée et ses parois remplies d'incrustations calcaires. A la base du poumon gauche, on trouve plusieurs noyaux apoplectiques du volume d'une noix. Épanchement séro-sanguinolent du même côté, repoussant le poumon en haut.

Le poumon droit paraît sain, sauf quelques adhérences très anciennes.

La tumeur présente sur le cadavre le même volume que sur le vivant avant les efforts de réduction.

En ouvrant la cavité abdominale, on trouve que la portion her-

niée est à l'union des deux premiers avec le dernier tiers de l'intestin grêle ; le bout d'entrée est très dilaté ; celui qui revient dans l'abdomen présente un très petit calibre. Pas de traces de péritonite.

En procédant à la dissection de la tumeur, on rencontre :

1° La peau et le tissu cellulaire sous-cutané qui sont le siège d'une légère infiltration ;

2° Une couche aponévrotique assez résistante ;

3° Le sac, qui est noirâtre et assez épais, En l'ouvrant, on n'y trouve aucun liquide ;

4° L'intestin, bleuâtre, très congestionné, mais non gangrené ; il contient une assez grande quantité de gaz et un peu de liquide fétide que l'on fait repasser dans l'abdomen en le comprimant. L'intestin s'affaisse alors et est réduit à peu près au tiers de son volume.

Le sac n'est réuni à la couche aponévrotique que par des lamelles cellulaires très faciles à déchirer avec le doigt. En continuant ce décollement en haut, vers l'anneau inguinal, on le trouve très large et pouvant admettre l'extrémité de deux doigts.

En décollant le péritoine qui environne l'orifice supérieur de l'anneau, on peut répéter la même expérience de haut en bas. Cet anneau ne pouvait pas étrangler.

Si l'on cherche, au contraire, à faire passer le petit doigt par l'intérieur du sac dans la cavité abdominale, c'est-à-dire à travers le collet, on trouve un obstacle invincible. Ce collet est tellement rétréci, qu'il ne peut recevoir un manche de plume de volume ordinaire, et qu'il est impossible de dégager l'intestin en exerçant de fortes tractions sur les deux bouts qui sont libres dans l'abdomen. Quoique très rétréci, ce collet, qui n'a pas été incisé, ne paraît pas présenter une épaisseur très considérable.

M. Bertholle. Ceux qui ont fait beaucoup d'autopsies de hernies étranglées savent qu'il est assez peu commun de trouver un cas où l'agent de l'étranglement soit tellement évident que le doute et la discussion ne soient pas permis : tantôt l'opération a été pratiquée, et l'instrument a divisé plusieurs des tissus qui pouvaient étrangler ; tantôt, l'opération n'ayant pas été faite, des désordres tellement graves sont survenus, par suite du temps plus ou moins long

qu'ont duré les accidents, qu'il est, pour ainsi dire, impossible de rien reconnaître à l'autopsie; d'autres fois, plusieurs agents de constriction pouvaient agir simultanément; souvent enfin une dissection poussée trop loin avait enlevé ou divisé plusieurs parties importantes, auxquelles on pouvait attribuer les accidents. Mais ici aucun doute n'est permis sur l'étranglement de la hernie par le collet du sac: l'opération n'a pas été pratiquée à cause d'un état général grave tenant à une maladie du cœur; les accidents herniaires n'ont duré que cinq jours, et n'ont pas été assez intenses pour gangrener l'intestin; les enveloppes de la hernie ont été ouvertes par une simple incision verticale, et le sac séparé dans une partie de son étendue; aucune incision n'a été pratiquée sur les agents possibles de l'étranglement, et la pièce a été enlevée sans autre dissection, de façon qu'il est permis de constater nettement les détails suivants: l'anneau inguinal est tellement large, qu'on peut y introduire l'extrémité de deux doigts réunis, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors, après avoir décollé le péritoine de la paroi abdominale; il est évident que cet anneau ne pouvait être cause de l'étranglement. Le collet du sac, au contraire, est tellement étroit, qu'il ne peut admettre un manche de plume de volume ordinaire, et qu'il est impossible de dégager la portion herniée en exerçant des tractions sur les deux bouts de l'intestin renfermés dans l'abdomen; dans cette manœuvre, le sac tout entier se laisse attirer vers la cavité abdominale, et l'on voit alors sortir de l'intérieur de l'anneau le collet du sac, marqué par un sillon circulaire profond. M. Devouges vous a fait constater, et a noté dans son observation, un fait assez remarquable: c'est que ce collet, malgré l'étroitesse de son calibre, malgré l'énergie avec laquelle il comprimait l'intestin, ne présente presque aucun épaississement.

TUMEUR BLANCHE DU GENOU. AMPUTATION. RÉSECTIONS SUCCESSIVES DE L'EXTRÉMITÉ DU FÉMUR SORTIE A TRAVERS LE LANBREAU ANTÉRIEUR. OSTÉO-MYÉLITE DU FÉMUR. MORT. — Observation par M. DEVOUGES, interne des hôpitaux.

Jetton (Pierre), âgé de quarante-sept ans, tailleur de pierres, est entré le 7 mai 1856 à l'hôpital Beaujon, service de M. Huguier,

n° 184 du premier pavillon, pour une tumeur blanche du genou gauche datant de plusieurs années. L'amputation de la cuisse fut pratiquée le 4^{er} juillet. Les lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, furent taillés immédiatement au-dessus du genou ; l'antérieur était même traversé par des fistules qui s'étaient formées autour de l'articulation ; ils se réunissaient en haut en une sorte de manchette, qui fut relevée pour former un cône creux au fond duquel l'os fut scié. Après cette section, non-seulement ils recouvraient l'extrémité osseuse, mais ils avaient une telle longueur, qu'ils paraissaient disgracieux.

Les suites de l'opération furent très heureuses ; mais quinze jours après, alors que la plaie était en bonne voie de cicatrisation, il se manifesta dans un point circonscrit du lambeau antérieur une douleur qui s'accompagna bientôt de tuméfaction, de dureté et de rougeur à la peau ; la palpation faisait sentir à travers les tissus un bord tranchant qu'il était facile de reconnaître pour le bout de l'os. En même temps toutes les chairs qui formaient le moignon étaient entraînées vers la partie postérieure et interne. On passa au-dessous d'elles des coussins pour les relever et les porter en dehors, et des cataplasmes furent appliqués sur le point tuméfié.

Le 3 août, l'os n'était plus recouvert que par une légère couche de peau bleuâtre, qui ne tarda pas à s'ulcérer ; l'extrémité osseuse sortit alors, recouverte de bourgeons charnus.

M. Huguier reconnut la nécessité d'une résection, mais il voulut attendre le plus possible, pour donner aux tissus le temps de se rétracter complètement.

Ce fut le 13 septembre que cette opération fut pratiquée. Une incision longue d'environ 10 centimètres fut faite à la partie postérieure du moignon, parallèlement à l'axe du membre ; les chairs furent fortement tirées en haut, et détachées de l'os avec le bistouri ; on retrancha de ce dernier une portion longue de 6 centimètres. Les parties molles étant ramenées en bas, l'extrémité osseuse se trouvait au fond d'une cavité profonde, et recouverte en avant par une épaisse couche de tissus sur laquelle aucune incision n'avait été faite,

Huit jours après, le malade accusait la même douleur que la première fois, dans un point analogue, et la série des mêmes phénomènes se répéta. Au bout de quinze jours de travail inflamma-

toire, l'os sortit à travers la peau, recouvert de bourgeons charnus. Le 20 octobre, il faisait une saillie de 2 à 3 centimètres.

Une nouvelle résection fut pratiquée le 25 octobre de la manière suivante : Incision circulaire circonscrivant la portion saillante de l'os ; tractions en haut pour remonter les chairs ; section de 4 centimètres d'os ; il est très vascularisé, ainsi que les tissus qui l'entourent, et enveloppé de nombreuses productions ostéiformes. Il se fait un écoulement de sang très abondant, tant de la surface des parties molles que du bout de l'os, d'où l'on voit s'échapper deux jets artériels. En cherchant à ramener les chairs par-dessus l'extrémité osseuse, M. Huguier s'aperçoit qu'elles ne la recouvrent que très imparfaitement ; il se décide à en enlever sur-le-champ une nouvelle portion : il pratique une incision longitudinale à la partie postérieure, comme pour la première résection, et retranche une portion d'os de 3 centimètres. L'écoulement de sang est moins abondant ; cependant trois artères sont liées dans les parties molles, et deux artérioles osseuses sont bouchées avec de la cire.

Le lendemain l'appareil est complètement ensanglanté, mais l'écoulement de sang paraît arrêté.

On fait le premier pansement le 28 octobre ; le moignon est en très bon état.

Les jours suivants, écoulement d'un peu de sang veineux qui se mêle au pus ; les bords de l'incision étant un peu pulpeux et blanchâtres, on saupoudre avec la poudre de quinquina.

Le 4^{or} novembre, la plaie a bon aspect ; les lèvres sont réunies, excepté en un point, par lequel on fait sortir beaucoup de pus en comprimant le moignon de sa base vers son sommet ; ce pus semble venir d'un trajet dont le fond aboutit à l'extrémité osseuse. Le malade n'accuse aucune douleur ; l'état général est bon. Les portions d'os enlevées successivement ne présentent pas d'autre altération qu'une vascularisation bien évidente, avec des productions osseuses qui donnent à l'une de leurs extrémités une forme arrondie.

Dans les quinze jours qui suivirent la seconde résection, l'état du malade fut assez satisfaisant, quoique la suppuration fût abondante. Comme elle avait de la peine à s'écouler par le sommet du moignon, M. Huguier pratiqua une contre-ouverture à la partie postérieure. Néanmoins des symptômes alarmants ne tardèrent pas à se

manifeste : le moignon devint douloureux dans sa totalité, la suppuration peu abondante et séreuse ; il y eut en même temps des frissons, de la fièvre, et perte d'appétit. Ces accidents cessèrent à plusieurs reprises pour reparaitre après quelques jours. Enfin le malade finit par succomber dans les premiers jours de décembre 1856.

L'autopsie nous permit de constater les détails suivants :

Le bout du fémur, dénudé complètement des parties molles dans une longueur de 4 à 5 centimètres, était libre dans une vaste cavité purulente présentant deux ouvertures, une au sommet du moignon, l'autre à sa partie postérieure. Cette portion du fémur est blanche, et paraît nécrosée dans sa totalité ; mais on remarque à son extrémité une portion longue de 1 centimètre environ, où la nécrose est plus avancée, et qui paraît en voie d'élimination. Dans le reste de son étendue, le fémur est très adhérent aux tissus environnants, qui sont difficiles à détacher de sa surface ; son périoste est épaissi et vascularisé. En ouvrant l'articulation coxo-fémorale, on rencontre une destruction complète du ligament rond, dont on ne retrouve aucune trace ; la cavité articulaire ne contient cependant aucun liquide. Sur la tête articulaire du fémur, un peu en dedans de la dépression où s'insère le ligament rond, on aperçoit un espace large comme une pièce de 20 centimes où le cartilage articulaire est détruit, une sorte d'ulcération comblée par des fongosités mollasses faciles à détacher, et au-dessous desquelles apparaît la surface osseuse rougeâtre et saignante. Le tissu spongieux du fémur contient du pus dans ses aréoles ; on trouve même une véritable collection un peu au-dessous du grand trochanter. C'est la trace évidente d'une ostéo-myélite, qui coïncide avec la périostite.

Ainsi donc la portion restante du fémur était malade dans sa totalité, et c'est probablement cette inflammation de l'os qui a été la cause première des deux récidives que nous avons rapportées plus haut, et qui ont nécessité deux résections.

Les muscles du moignon étaient infiltrés d'une grande quantité de graisse, et la fibre musculaire avait complètement disparu dans certains points.

L'artère fémorale était représentée à son extrémité par un cordon fibreux difficile à retrouver au milieu des tissus voisins ; sa cavité se terminait par un cône très allongé.

Les veines n'étaient pas enflammées, et aucun organe ne nous a présenté de collections purulentes.

DEUX OBSERVATIONS DE CANCER, DÉVELOPPÉ TRÈS RAPIDEMENT CHEZ
DEUX SUJETS AGÉS DE MOINS DE VINGT ET UN ANS, par M. PILLON,
interne des hôpitaux.

Cancer abdominal. — Le 27 août 1856, entre Félix Chobert, sculpteur, né à Paris, âgé de vingt et un ans. (Service de M. Moutard-Martin.)

Ce jeune homme, qui avait joui jusqu'alors d'une bonne santé, souffre depuis dix-huit mois environ de malaise intermittent, caractérisé d'abord par de l'oppression à la région épigastrique, puis par de la douleur revenant par accès avec sensation de constriction assez énergique, douleur qui coïncidait ordinairement avec l'éveil d'un très grand appétit, et que calmait immédiatement l'ingestion d'aliments solides. Ces accès à forme gastralgique ne furent jamais assez intenses pour interrompre longtemps le travail; mais petit à petit leurs symptômes s'aggravèrent, ils furent plus fréquents et plus prolongés; l'appétit, d'abord exagéré, diminua sensiblement; les digestions, préalablement faciles, devinrent de plus en plus pénibles, et le malade sentait que les aliments séjournaient plus longtemps dans l'estomac et lui causaient gêne et pesanteur longtemps après leur ingestion. C'est depuis deux mois seulement que survinrent à jeun des renvois acides, et après le repas des vomissements alimentaires fréquents. Il maigrissait en même temps, et depuis trois semaines les aliments liquides passent seuls librement, tandis que les aliments solides sont rejetés presque constamment un quart d'heure ou une demi-heure après leur ingestion. C'est dans cet état qu'il entra dans nos salles une première fois en juin de cette année. D'abord pris pour des phénomènes gastralgiques, ces accidents furent traités comme tels. Après quinze journées de séjour, le malade nous quitta malgré nous, pourtant un peu amélioré. Le jour même où il réclama sa sortie, nous constatâmes qu'il portait déjà sur la ligne médiane, au milieu environ de l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, une petite tumeur

arrondie, superficielle, très dure, douloureuse à la pression, grosse à peu près comme une noisette, mobile sous le doigt qui la déplaçait, sans rénitence appréciable dans le reste de la région.

Dehors, le malade ne put reprendre son travail, il ne se nourrissait que de bouillons, ses forces déclinaient rapidement, il continuait à maigrir à vue d'œil.

Le 27 août, nous le retrouvons pâle, amaigri. Il se plaint toujours d'algours, d'inappétence, de vomissements bilieux et alimentaires.

La tumeur, sus-ombilicale primitivement, s'est considérablement accrue; au lieu de cette espèce de noisette roulante que nous trouvions il y a deux mois, nous rencontrons par le palper une vaste tumeur remplissant tout le creux épigastrique. En bas, elle commence au niveau d'une ligne passant à 4 centimètres environ au-dessus de l'ombilic; en haut, elle ne peut être limitée, et plonge sous les cartilages costaux et l'appendice xyphoïde; de même sur les côtés, plus développée pourtant à droite. Dure, rénitente, cette tumeur donne la sensation d'une surface inégale, raboteuse, pourvue de bosselures très dures, variables en relief; elle est le siège de douleurs spontanées, elle est très sensible à la pression. Des battements artériels communiqués y sont manifestes; elle n'est le siège d'aucun mouvement d'expansion, ni de souffle perceptible à l'auscultation. La percussion superficielle permet de limiter assez exactement cette tumeur, mais à la faveur d'une matité incomplète qui laisse percevoir un son plus profond, attestant l'interposition d'une couche solide qui masque le tympanisme stomacal.

Pas de troubles fonctionnels intestinaux, pas d'autre tumeur abdominale. Rien d'anormal du côté de la poitrine. Notre sujet a l'âge de la tuberculisation, il n'en possède aucun antécédent, aucune espèce de signe actuel. Il n'a jamais présenté de signes d'affection des voies biliaires, sa tumeur n'a ni la forme, ni la direction verticale, ni le siège des tumeurs de la vésicule. Jamais il n'a eu de maladie fébrile s'accompagnant de douleur en un point que l'on puisse rapporter au foie, jamais non plus il n'a eu d'ictère, l'idée d'une tumeur hépatique peut aussi être éloignée. La forme bosselée, l'absence de souplesse et d'élasticité, font rejeter l'existence d'un kyste hépatique, comme aussi le siège de la portion principale de la tumeur.

L'existence du noyau primitif en un point éloigné de l'hypochondre droit nous permet d'admettre que c'est autour de lui qu'a rayonné la production morbide ; que, si le foie a été envahi, ce n'a été que secondairement, et nous sommes ainsi conduit à éviter l'idée d'une dégénérescence primitive de ce viscère.

Au contraire, la permanence des troubles digestifs, la délimitation primitive de la tumeur à la région de l'estomac, nous portent à croire que ce viscère souffre au moins de sa contiguïté. L'épiploon gastro-hépatique ou même le mésocôlon transverse pourraient encore en être le siège. Mais les vomissements apparus de si bonne heure, les renvois acides, en un mot, les troubles nombreux et permanents apportés à la digestion, à l'exclusion expresse d'autres troubles fonctionnels des organes voisins, nous portent à placer le siège unique de la lésion dans l'estomac, au pylore surtout, et peut-être aussi sur la face antérieure du ventricule. Une autre question à débattre est celle de sa nature.

L'âge du malade, sa faiblesse, sa langueur, le volume déjà énorme de la tumeur, ses inégalités, donneraient du poids à l'idée d'une dégénérescence tuberculeuse. Mais rien ne vient à l'appui de cette idée, les poumons sont sains, le tube intestinal aussi, rien dans les antécédents, ni dans l'état actuel ne vient corroborer cette idée. Pas de ganglions mésentériques, pas d'entérite, qu'on puisse supposer tuberculeuse.

Relativement à l'idée du cancer, elle devait être la dernière en raison de l'âge, en raison de l'absence de teinte caractéristique, en raison de la bonne santé présente et passée des parents, en raison de l'absence de renseignements suffisants sur le genre de mort des ascendants plus éloignés, en raison enfin de l'absence jusqu'à ce jour de douleurs lancinantes et aussi de vomissements noirs caractéristiques. Cette idée prévaut cependant, et, le 5 septembre, le diagnostic suivant est adopté :

Tumeur carcinomateuse de la région épigastrique chez un jeune homme de vingt et un ans, cancer qui a envahi le pylore et la paroi antérieure de l'estomac, et qui présente des caractères particuliers de rapidité dans sa marche.

De ce jour au 2 octobre, rien de particulier à noter ; la tumeur s'accroît en étendue, l'amaigrissement devient extrême, les vomissements continuent, la sensation douloureuse est comparée à une

brûlure que rend vive l'ingestion des boissons ou des médicaments les plus doux ; jamais il n'est parlé d'élancements.

Le 3 octobre, pour la première fois, vomissement noir peu abondant, spumeux, lié, comparable à *du cirage mousseux*.

Même état jusqu'au 20 octobre : aucun traitement ne peut enrayer ni atténuer les accidents, de jour en jour le vomissement devient plus abondant sans rien perdre de ses caractères, la maigreur est squelettique, l'affaiblissement extrême. Le malade s'éteint, sans incidents spéciaux, le 24 octobre.

Autopsie. — Maigreur extrême, pâleur et décoloration des tissus. Un peu d'épanchement séreux ultime dans le péricarde et les deux plèvres.

Dans la région épigastrique, on rencontre une énorme tumeur, du volume d'une tête d'enfant, placée à cheval sur la colonne vertébrale, à la hauteur des piliers du diaphragme. Cette masse est inégale, bosselée, plus épaisse à son centre, et paraît avoir débuté au niveau du bord convexe de l'estomac, non loin de son extrémité pylorique. Mais aujourd'hui elle représente une vaste agglomération qui a presque complètement envahi les parois de l'estomac, dont la capacité est réduite des trois quarts pour le moins. Une nappe de matière cancéreuse a épaissi ses parois dans presque toute leur étendue.

Un anneau des plus épais rétrécit le pylore. De ce point rayonnent des prolongements de toutes sortes ; les plus considérables ont envahi l'épiploon ; d'autres s'échappent vers le mésentère ; un autre comble l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique ; un autre fuit vers le rein droit et l'emprisonne dans une manière de coque cancéreuse, en envahissant tout le tissu cellulaire périméprétique. Enfin, des rameaux s'étendent fort bas, au-devant de la colonne vertébrale, et on trouve jusque dans le bassin des ganglions infiltrés de matière encéphaloïde ; car la matière encéphaloïde constitue toutes ces bosselures avec ses caractères les plus tranchés, avec de nombreux points ramollis, des épanchements sanguins nombreux dans sa trame, du suc cancéreux manifeste. Il n'est pas jusqu'aux fongosités ramollies et ulcérées de la face interne de l'estomac dont l'aspect ne plaide en faveur de cette nature de la tumeur.

La généralisation, du reste, a porté jusque sur le foie ; à sa surface et dans les profondeurs de son tissu se trouvent disséminés

des foyers de matière encéphaloïde dont le plus gros égale le volume d'une noix.

Nous n'avons rien trouvé ailleurs.

Rétrécissement cancéreux du rectum chez une jeune fille de seize ans et demi, par A. PILLON.

Eugénie Savard entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Moutard-Martin) le 30 avril. Elle a à peine dépassé le milieu de sa seizième année. Ses parents vivent et sont bien portants. Elle n'a jamais eu d'affection abdominale qui puisse expliquer l'existence d'ulcérations intestinales antérieures. Malade sérieusement depuis trois mois environ, elle s'est graduellement amaigrie, anémiée, a toujours été tourmentée de constipation avec coliques sourdes, parfois lancinantes. Elle entre le 4^{er} mai pour une constipation qui date de douze jours : son ventre est douloureux, de nombreuses bosselures fécales se laissent facilement sentir suivant le trajet du côlon descendant. Des purgatifs répétés et énergiques, des lavements, puis la douche ascendante, n'ont qu'à grand'peine raison de cet état, lequel se reproduit rapidement.

14 mai. Après quatorze jours environ, et sans que les bosselures intestinales aient disparu, un peu de diarrhée avec épreintes et coliques remplace la constipation opiniâtre; les selles, assez fréquentes, sont glaireuses, sanguinolentes. L'examen microscopique de ces excréments n'a pas été fait; mais par le toucher rectal pratiqué à cette époque, on trouva au-dessus de la dilatation ampullaire amplifiée du rectum un rétrécissement considérable, garni de saillies fongueuses, admettant à grand'peine la moitié de l'extrémité onguéale de l'index, et donnant la sensation d'un fond de bourse froncé par l'anneau qui l'étreint. Malgré l'âge peu avancé du sujet, malgré l'absence de teinte cachectique cancéreuse, le diagnostic cancer du rectum est adopté.

Le 7 juin, signes de péritonite suraiguë. Mort le 9.

À l'autopsie, péritonite intense; épanchement gazeux de ce péritoine dénotant une perforation intestinale; épanchement séropurulent dans la même cavité; intestin grêle distendu par des gaz; gros intestin rempli de matières fécales. Le rectum, à partir de la

symphyse sacro-iliaque jusqu'à sa dilatation ampullaire, épaissi dans ses parois, qui n'ont pas moins de 6 et 8 millimètres; un tissu dense, blanchâtre, criant sous le scalpel, d'aspect lardacé, les a envahies dans cette étendue. Le tissu cellulaire péri-rectal participe à cette altération, et représente une masse très résistante étreignant solidement l'intestin. Sa muqueuse, épaissie, hypertrophiée, présente une injection qui varie du rouge au livide, présente au-dessus du rétrécissement sus-indiqué une ulcération fongueuse s'ouvrant par deux pertuis dans la cavité péritonéale, sur la partie droite du cul-de-sac recto-utérin, point de départ de la péritonite qui a causé la mort. La tumeur a été présentée à M. Föllin, qui a reconnu la nature cancéreuse très manifeste.

ANOMALIES DU CŒUR ET DES GROS VAISSEAUX. FUSION DE LA CIRCULATION PULMONAIRE ET DE LA CIRCULATION GÉNÉRALE. — Observation suivie de réflexions, par M. CHARNAL, interne des hôpitaux.

Le nommé Bizet (Eugène-Ernest) vint au monde dans le service d'accouchements de l'hôpital Saint-Antoine, le 2 octobre 1856, à une heure après midi. Au moment de sa naissance, cet enfant ne présentait rien d'extraordinaire; il était fort, paraissait bien conformé; la coloration de la peau était normale, et tout portait à croire qu'il était dans de bonnes conditions de viabilité. Ce n'est que dans la journée du 4 octobre, et par conséquent quarante-huit heures après la naissance, que l'on vit survenir d'une façon progressive, mais rapide, une cyanose générale. La respiration était normale, et l'enfant ne paraissait pas souffrir de ces troubles de l'hématose. Quelle pouvait en être la cause? La facilité avec laquelle l'enfant respirait, l'auscultation de la poitrine, firent bientôt reconnaître que la cause n'était pas dans les organes de la respiration, et qu'il fallait la chercher du côté du cœur. J'auscultai une première fois cet organe, et ne trouvant aucun bruit anormal, je pensai que la cyanose était due à une persistance de la communication inter-auriculaire, sans cependant pouvoir m'expliquer comment elle ne s'était manifestée que quarante-huit heures après la naissance.

Le 5, l'enfant était dans le même état. La peau, les muqueuses,

étaient fortement cyanosées ; la respiration était normale. M. Oulmont ausculta le cœur, et le résultat de son exploration fut le même que celui que j'avais obtenu la veille, c'est-à-dire battements réguliers et absence de bruits anormaux. Son diagnostic fut aussi celui que j'avais porté : persistance du trou de Botal.

Le 6, la respiration était un peu plus fréquente et les extrémités refroidies. Nouvel examen du cœur, même résultat négatif.

Dans la journée, l'enfant fut pris de dyspnée revenant par accès à des intervalles inégaux. Ces accès duraient à peu près une minute, puis la respiration redevenait plus facile, mais de plus en plus accélérée. Ce fut dans cet état que je le vis à cinq heures du soir. A partir de ce moment les accès devinrent de plus en plus fréquents, et leur durée de plus en plus grande. Enfin l'enfant mourut le 7 octobre à quatre heures du matin, c'est-à-dire quatre-vingt-sept heures après sa naissance.

La mère, âgée de trente-cinq ans, a eu plusieurs enfants qui vivent encore.

Le 8 octobre, à l'autopsie, je trouvai les poumons affaîssés contre la colonne vertébrale, leur coloration était très légère, ils étaient presque exsangues, ce qui contrastait avec le thymus, qui était assez volumineux et gorgé de sang noir. Je coupai malheureusement la racine des poumons, persuadé que je ne devais trouver qu'une persistance du trou de Botal. Alors seulement j'ouvris le péricarde. Le cœur présentait extérieurement un volume normal ; mais en examinant la base des ventricules, je fus surpris de n'y trouver qu'un seul tronc artériel se dirigeant en haut et à droite comme l'aorte.

Voici maintenant la description des anomalies que je trouvai, et que l'on peut constater sur la pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

L'infundibulum du ventricule droit paraît exister ; mais, au lieu de donner naissance à l'artère pulmonaire, il semble, examiné extérieurement, se terminer en cul-de-sac. Il y a donc absence, au moins apparente, de l'artère pulmonaire. En suivant l'aorte ascendante, on trouve du côté droit, et à 2 centimètres de son origine, un orifice béant résultant de la section à son point d'émergence d'un vaisseau assez volumineux. Un peu au-dessus et du côté opposé, c'est-à-dire à gauche, une branche artérielle longue de

45 millimètres, et se bifurquant comme la branche pulmonaire gauche. Ainsi les deux branches pulmonaires naissent donc de l'aorte. Par suite de cette anomalie, l'aorte servant en même temps à la circulation générale et à la circulation pulmonaire, devait contenir, non du sang artériel, mais du sang mélangé. Là est l'explication de la cyanose. Examinant ensuite les cavités du cœur, et d'abord les oreillettes, on trouve que celles-ci communiquent largement entre elles par le trou de Botal non oblitéré, et que de plus chacune d'elles est en libre communication avec le ventricule correspondant.

Le ventricule droit ouvert ne présente qu'une cavité très petite, dont le grand diamètre, de la base à la pointe, ne mesure que 42 millimètres, et le diamètre transversal, pris à la base, 5 millimètres. L'orifice auriculo-ventriculaire est petit et muni de valvules assez développées pour empêcher le retour du sang du ventricule dans l'oreillette lors de la contraction des ventricules. Du milieu de la base de ce ventricule, et dans sa paroi antérieure, naît un petit canal de 4 centimètre de longueur, qui, se portant à gauche et un peu en haut, fait communiquer le ventricule droit avec l'aorte immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes. C'est ce petit conduit qui, faisant saillie extérieurement à droite de l'aorte, a été pris d'abord pour l'infundibulum terminé en cul-de-sac.

Le ventricule gauche est très grand; son diamètre, de la base au sommet, est de 22 millimètres; et son diamètre transversal, pris à égale distance de la base et du sommet, dans l'endroit le plus large, est de 49 millimètres. Les faisceaux charnus y sont forts et bien développés. L'orifice auriculo-ventriculaire est large, muni de valvules suffisantes. L'orifice aortique est bien conformé. En cherchant avec soin sur la paroi inter-ventriculaire, on découvre, du côté du ventricule gauche, près de la base et immédiatement au-dessous de l'orifice de l'aorte, un petit trou arrondi qui vient s'ouvrir du côté droit, au niveau même de l'orifice auriculo-ventriculaire.

Enfin, pour terminer la description de cette pièce, il faut ajouter que l'aorte, depuis son origine jusqu'au point où elle fournit les branches pulmonaires, présente une dilatation très considérable, en présence de laquelle on peut se demander si, par suite d'un arrêt de développement, il n'y a pas eu là fusion de l'aorte et de

l'artère pulmonaire. Opinion qui me paraît assez vraisemblable, car en examinant l'aorte avec soin, il semble qu'elle est composée de deux parties : une située à gauche, et qui représente assez bien le trajet de l'artère pulmonaire ; l'autre, située à droite, décrivant une courbe dont la convexité regarde à droite, comme cela a lieu pour l'aorte à l'état normal.

Ainsi donc, et pour résumer, on trouve sur cette pièce :

1° Absence, au moins apparente, du tronc de l'artère pulmonaire ;

2° Origine anormale des branches pulmonaires qui naissent de l'aorte ;

3° Persistance du trou de Botal ;

4° Communication anormale de l'oreillette et du ventricule droit avec le ventricule gauche ;

5° Enfin communication anormale du ventricule droit avec l'aorte, résultant d'une fusion probable de l'aorte et de l'artère pulmonaire, par suite d'un arrêt de développement.

Comment se faisait la circulation chez cet enfant ? Voici ce qui me paraît le plus probable :

Le sang veineux versé dans l'oreillette droite par les veines caves inférieure et supérieure passait en grande partie de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche, où il se mélangeait avec le sang apporté par les veines pulmonaires, comme cela a lieu pendant la vie intra-utérine. Lorsque les oreillettes venaient à se contracter, le sang contenu dans l'oreillette gauche passait tout entier dans le ventricule correspondant ; mais le sang de l'oreillette droite se divisait en deux parties, l'une passant dans le ventricule droit, et l'autre se rendant dans le ventricule gauche en passant par la communication anormale que j'ai dit exister entre l'orifice auriculo-ventriculaire droit et le ventricule gauche. Enfin, lors de la systole ventriculaire, le sang du ventricule gauche passait tout entier dans l'aorte, et le sang du ventricule droit, chassé par le conduit anormal qui représente le tronc pulmonaire, se rendait aussi dans l'aorte. De là le sang était porté dans toute l'économie. Les poumons ne recevaient donc pas du sang veineux, mais du sang mélangé ; tandis que les autres organes ne recevaient, eux aussi, que du sang mélangé au lieu de sang artériel. Il n'y avait pas de

grande et de petite circulation, mais un seul cercle circulatoire commun aux poumons et au corps entier.

Considérée au point de vue de l'anatomie et de la physiologie comparée, cette circulation me semble analogue à celle des reptiles. Deux oreillettes communiquant ensemble, un seul ventricule (le gauche) avec un petit diverticulum représentant le ventricule droit ; ou, pour être plus exact, deux ventricules : un droit, petit et atrophié, ne pouvant contenir qu'une faible quantité de sang veineux ; l'autre gauche, présentant une large cavité et recevant du sang des deux oreillettes. Enfin une aorte ne contenant que du sang mélangé. Il y a pourtant cette différence : c'est que le plus souvent chez les reptiles l'artère pulmonaire existe, qu'elle nait comme l'aorte d'un ventricule unique et qu'elle forme un cercle circulatoire complet ne se confondant avec la circulation générale qu'au niveau de ce même ventricule ; ce qui n'a pas lieu ici, puisque l'aorte sert en même temps à la circulation générale et à la circulation pulmonaire ; mais si la disposition anatomique n'est pas exactement la même, le résultat physiologique n'en est pas moins identique.

Enfin, considérée au point de vue pathologique, cette pièce doit être regardée comme un fait de communication artério-veineuse aussi complet que possible.

Cette anomalie du cœur et des artères qui en naissent m'a paru assez curieuse pour m'engager à rechercher si de semblables observations existaient dans la science ; et bien que les faits de ce genre soient très rares, je suis parvenu à en réunir un certain nombre dans lesquels le cœur ne donne naissance qu'à un seul vaisseau servant en même temps à la circulation générale et à la circulation pulmonaire. Ces faits sont assez intéressants, et je crois pouvoir indiquer ici les plus remarquables d'entre eux sans trop sortir des limites de ce court travail.

Un de ces cas présente une disposition anatomique tout à fait identique avec celle que je viens de décrire ; observé par Tiedemann, je le trouve rapporté dans un mémoire de Chever (London Medical Gazette, 1846, t. XXXVIII, p. 376), sous le titre : *Heart consisting of Two Auricles and Two Ventricles, giving off a Single Artery, which Distributes Pulmonary Branches* — (Cœur formé de deux

oreillettes et de deux ventricules fournissant une seule artère qui distribue les branches pulmonaires.)

Tiedemann a observé la malformation suivante sur le cœur d'un enfant mâle, mort neuf jours après sa naissance.

Les veines caves inférieure et supérieure s'ouvraient dans l'oreillette droite. De la partie artérielle du cœur s'élevait un tronc unique, mais très large. Après avoir fourni les artères coronaires, il s'élève du côté droit de ce large tronc une grosse artère qui, en montant, fournit l'artère carotide gauche, l'artère carotide droite et la sous-clavière droite. De la partie postérieure du grand tronc artériel naissaient les artères pulmonaires gauche et droite subdivisées et distribuées comme à l'ordinaire. Un peu plus haut, le tronc principal se rétrécissait beaucoup, mais immédiatement après reprenait presque son premier calibre et représentait l'aorte descendante. De la crosse de l'aorte (au delà du rétrécissement) naissait la sous-clavière gauche.

Le trou ovale était perméable.

L'oreillette droite communiquait avec le ventricule droit et l'oreillette gauche avec le ventricule gauche. La cloison ventriculaire était perforée à sa partie supérieure et permettait la communication entre ces deux cavités.

Le grand tronc artériel tirait son origine principalement du ventricule droit, mais il y avait aussi en ce point une petite communication de son orifice avec le ventricule gauche.

L'enfant, en naissant, paraissait bien nourri; mais il dépérit jusqu'au moment de sa mort. Il respirait faiblement, la chaleur du corps était très sensiblement moindre que celle des autres enfants du même âge. Sa respiration fut toujours courte, mais il ne présenta pas de teinte cyanosée. La mort fut précédée de convulsions et paraît avoir été déterminée par l'inflammation de la moelle épinière et la congestion des vaisseaux des méninges cérébrales.

Le docteur Arrowsmith, qui a traduit le fait précédent et l'a fait suivre de quelques remarques physiologiques pleines d'intérêt, observe que ce fait paraît être unique.

A côté de ce fait vient s'en placer un second observé par MM. Van Hall et Vrolik, et publié en 1825 dans les *Archives générales de médecine*. Il s'agit d'une petite fille d'Amsterdam morte à l'âge de deux ans. Le cœur présentait la disposition suivante :

Le trou ovale était oblitéré. Du ventricule droit, au point où émerge ordinairement l'artère pulmonaire, naissait un vaisseau se portant en haut et rejoignant la courbure de l'aorte. Ce vaisseau avait deux branches, une pour chaque poumon; il présentait donc la disposition de l'artère pulmonaire avec ses divisions et son canal artériel; mais l'orifice de ce vaisseau au niveau du cœur était oblitéré par une membrane très dure qui semblait formée par l'adhérence des valvules semi-lunaires. Après un examen plus attentif, les auteurs de cette observation découvrirent un second canal prenant naissance à la partie antérieure du ventricule droit, dans la substance musculaire du cœur, puis se dirigeant par le moyen d'une courbure le long du premier vaisseau, pour aboutir auprès de lui dans l'aorte. Ainsi le sang du ventricule droit devait passer du cœur dans l'aorte par ce deuxième canal, puis se rendre de l'aorte dans le premier vaisseau pour aller se distribuer dans les poumons.

Le fait présenté à la Société anatomique par M. Lediberder, et publié dans les *Bulletins de la Soc.* (avril 1836), offre avec le précédent la plus grande analogie. Il s'agit du cœur d'un enfant âgé de treize mois, et sur lequel l'artère pulmonaire fut trouvée à l'état de vestige et oblitérée à son origine, tandis que l'aorte naissait de l'un et de l'autre ventricule. Le canal artériel était resté perméable; il communiquait, d'une part, avec l'aorte, et, d'autre part, il se bifurquait pour fournir les deux branches pulmonaires.

Je dois signaler encore une série d'observations dans lesquelles le cœur présente des anomalies semblables à celles dont il est ici question. La plupart de ces observations se trouvent dans la thèse de M. Deguise.

Celle qui porte le n° 72 a été prise sur un enfant de dix jours dont le cœur ne présentait qu'une oreillette, un ventricule et un seul tronc artériel (l'aorte); lequel, au niveau où se trouve habituellement le canal artériel, donnait naissance à une branche qui se divisait elle-même en deux; une pour chaque poumon.

Une observation de M. Mauran (*Journal des progrès*, t. VI, p. 259). Enfant de dix mois et demi dont le cœur ne présentait qu'une seule oreillette et un seul ventricule; l'aorte et l'artère pulmonaire naissent de ce ventricule. L'artère pulmonaire fournit ses branches accoutumées, mais son orifice de communication avec

le ventricule est oblitéré ; le sang devait donc passer de l'aorte par le canal artériel pour se rendre dans les branches pulmonaires.

Meckel, dans son *Essai sur les vices de conformation* qui s'opposent à la formation du sang rouge, relate une observation de Farre. L'enfant a vécu soixante-dix-neuf heures. Le cœur se composait d'une oreillette et d'un ventricule qui donnait naissance à un seul tronc artériel (l'aorte). Ce vaisseau se divisait en trois branches. Les deux premières étaient les branches pulmonaires. La troisième suivait la direction de la crosse de l'aorte et donnait naissance aux mêmes branches qu'elle.

Clark (*Archives générales de médecine*, 1847) rapporte un cas tout à fait semblable au précédent.

Cooper, cité par Hein, en relate deux autres.

Enfin Chevers, dans le mémoire dont j'ai déjà parlé, signale aussi des dispositions semblables.

Comme on peut le voir, toutes ces observations présentent un côté identique. L'aorte fournit en même temps à la circulation générale et à la circulation pulmonaire. Lorsque l'aorte existe seule, elle fournit directement les branches pulmonaires ; mais lorsque l'artère pulmonaire existe, comme son orifice ventriculaire est oblitéré, le sang de l'aorte passe dans les branches pulmonaires par l'intermédiaire du canal artériel resté perméable. Il n'y a donc, dans l'un et l'autre cas, qu'un seul cercle circulatoire. Le mélange du sang artériel et du sang veineux est complet. D'autres anomalies du cœur permettent encore ce mélange d'une manière aussi complète : tels sont, par exemple, les cas dans lesquels il n'existe qu'un seul ventricule donnant naissance à une artère pulmonaire et à une aorte se distribuant normalement ; mais ici il existe, en réalité, deux cercles circulatoires se confondant en un point de leur trajet ; aussi ne puis-je insister sur ces faits qui s'éloignent du but que je m'étais proposé, mon intention ayant été de m'occuper seulement des cas dans lesquels il n'existe qu'un seul cercle circulatoire commun aux poumons et au reste de l'économie.

Toutes ces anomalies du cœur trouvent très bien leur explication dans un arrêt de développement de cet organe. On sait, en effet, que primitivement le cœur est composé de deux cavités : une supérieure, que l'on désigne sous le nom de *cœur veineux*, doit former les oreillettes ; l'autre, inférieure, représente les ventricules ;

ces deux cavités communiquent ensemble par une seule ouverture. Bientôt, à la partie supérieure de la cavité ventriculaire, vient s'ajouter une troisième cavité, désignée sous le nom de bulbe de l'aorte, et qui ne communique avec la cavité ventriculaire que par un seul orifice. Or, par suite du développement, ces trois cavités primitives doivent subir les modifications suivantes. Le sac veineux se divise en deux parties par une cloison verticale et antéro-postérieure; ainsi se trouvent formées les deux oreillettes. La cloison qui les sépare reste incomplète jusqu'au moment de la naissance. La cavité ventriculaire est aussi divisée en deux parties, l'une droite et l'autre gauche, par une cloison qui, partant de la pointe du cœur, gagne la base des ventricules. Cette cloison, en même temps qu'elle divise la cavité ventriculaire, divise aussi en deux parties et l'orifice auriculo-ventriculaire et l'orifice aortique; ainsi se trouvent formés les ventricules, ayant chacun une communication, d'une part, avec l'oreillette qui leur correspond, et, d'autre part, avec le bulbe de l'aorte. Mais, vers la huitième semaine de la vie intra-utérine, le bulbe de l'aorte s'allonge, se tord en spirale, et se divise lui-même en deux canaux dont l'un communique avec le ventricule gauche, c'est l'aorte, et l'autre avec le ventricule droit, c'est l'artère pulmonaire; mais que ce cloisonnement du bulbe de l'aorte ne s'opère pas, et nous aurons un vaisseau unique recevant en même temps le sang des deux oreillettes, et présentant dans la distribution de ses branches la même disposition que l'aorte et l'artère pulmonaire dont il est formé.

En donnant la description de la pièce qui fait le sujet de cette observation, j'ai dit que le sang de l'oreillette droite passait en grande partie dans le ventricule gauche, au moyen d'un orifice pratiqué dans la cloison inter-ventriculaire. Je me suis basé pour émettre cette opinion, sur ce que l'oreillette droite présentait sa capacité normale, tandis que le ventricule correspondant ne présentait, au contraire, qu'une cavité extrêmement petite et incapable de contenir tout le sang que lui envoyait l'oreillette à chacune de ses contractions; ce sang devait cependant se loger quelque part. Or, non-seulement je trouve une communication entre les deux ventricules, mais encore je vois que la cavité du ventricule gauche est beaucoup plus grande qu'à l'état normal, et qu'elle ne saurait être remplie complètement par le sang que lui fournit

l'oreillette gauche. Dès lors, je crois pouvoir dire avec raison qu'une grande partie du sang de l'oreillette droite devait passer dans le ventricule gauche. Il a dû en être ainsi dès les premières semaines de la vie intra-utérine, c'est-à-dire avant que le cloisonnement ventriculaire ne soit complet ; car l'orifice qui fait communiquer les deux ventricules résulte d'un arrêt dans le développement de la cloison inter-ventriculaire, et cet arrêt de développement est dû peut-être à ce qu'il passait continuellement du sang de l'oreillette droite dans le ventricule gauche.

Ainsi l'étude du développement du cœur nous montre d'une façon précise comment ont pu se former les anomalies que je viens de décrire.

Rapport de M. BLONDEAU sur un cas de maladie bronzée présenté par M. LADRET DE LA CHARRIÈRE (1).

M. Ladret de la Charrière a mis sous vos yeux les reins et, pour mieux dire, les *capsules surrénales* d'un individu qui avait succombé, dans le service de M. le professeur Trousseau, à la maladie décrite en Angleterre sous le nom de *maladie bronzée*.

Ces pièces pathologiques offraient, à plusieurs titres, un immense intérêt : d'une part, c'était, je crois, le premier exemple présenté à la Société anatomique d'une affection des capsules surrénales, affection dont l'étude avait offert jusqu'à ce jour si peu d'intérêt, qu'elle avait pu sans inconvénient être négligée par les pathologistes ; d'autre part, ces lésions des capsules surrénales coïncidaient encore ici avec cet état pathologique général de l'économie, avec cette maladie particulière qu'Addison, en Angleterre, a décrite le premier, et dont le premier, en France, M. le docteur Lasèque a écrit l'histoire en résumant les travaux des médecins anglais ; maladie particulière se traduisant par l'ensemble des phénomènes généraux qui accompagnent l'anémie portée à son plus haut degré, et caractérisée principalement par la coloration spéciale de la peau qui lui a valu le nom sous lequel on l'a désignée.

(1) Cette observation, ayant été publiée en dehors de la Société, n'a pas dû être reproduite ici. Elle est résumée à la page 334 du *Bulletin* de la présente année. (*Note du secrétaire.*)

Permettez-moi, messieurs, de vous rappeler et les pièces anatomiques présentées par M. Ladreit, et l'observation du malade jointe à cette présentation.

Les premières consistaient en deux reins légèrement hypertrophiés, noirs, de consistance un peu molle, et dans lesquels l'examen microscopique fait par M. Brown-Séguard, ainsi que l'a dit M. le professeur Trousseau en communiquant ces mêmes pièces à l'Académie de médecine, démontrait l'existence de quelques granulations tuberculeuses et des éléments fibreux.

Les capsules surrénales, sur lesquelles votre attention était plus spécialement appelée, formaient deux tumeurs de la grosseur d'un œuf de poule, et constituées par un tissu fibreux criblé de noyaux tuberculeux ramollis. La capsule droite coiffait exactement l'extrémité supérieure du rein correspondant, et la gauche le bord interne du rein gauche, présentant un volume un peu moindre que celui de la première.

Rendant compte de l'autopsie tout entière, M. Ladreit ajoute, dans la note qu'il vous a laissée, que le péritoine paraissait un peu rouge, sans offrir de traces ni d'épanchement ni d'adhérences.

Le tube digestif n'offrait de remarquable que la présence d'une certaine quantité de liquide blanchâtre contenue dans sa cavité, et une éruption psorentérique assez discrète.

Le foie, de volume normal, était d'un noir d'ardoise. La rate, volumineuse et très ramollie, d'un rouge foncé, piqueté de points blancs, avait une apparence que M. Ladreit compare à celle de la confiture de fraises.

Le cerveau, de consistance assez ferme, offrait un léger épaissement des méninges au niveau de sa grande scissure inter-hémisphérique ; mais nulle part on ne trouvait de traces d'altérations récentes.

Les poumons étaient gorgés d'un sang noir, très fluide, que l'on retrouvait dans les vaisseaux du corps ; et à leur sommet on voyait quelques grains tuberculeux : l'un d'eux contenait un petit tubercule gros comme une lentille.

Les ganglions bronchiques, comme les ganglions mésentériques, paraissaient sains.

De cette autopsie, la lésion intéressante, le fait remarquable, était dans l'altération des capsules surrénales que M. Ladreit ve-

naît mettre sous les yeux de la Société. L'individu sur lequel ces pièces avaient été prises était un homme de trente-sept ans, dont voici succinctement l'histoire pathologique.

Goeher du ministre de l'intérieur, placé, par conséquent, dans des conditions hygiéniques en apparence très favorables, bien nourri, cet homme avait toujours été d'une robuste constitution, avait toujours joui d'une excellente santé jusque cinq mois avant son entrée à l'hôpital. A partir de cette époque, disait-il, il avait notablement maigri. En même temps, il s'apercevait que sa peau, particulièrement celle des mains, prenait une teinte noire, terreuse ; suivant l'expression de sa femme, ses mains étaient sales, et cette saleté résistait opiniâtrément aux lavages. Bientôt cette coloration s'étendit à la face, qui prit la teinte du visage d'un *quartern* ; elle occupait l'aurole des seins, le creux de l'aisselle, le pourtour de l'ombilic, la peau des bourses et du pénis. La face interne des lèvres était noire comme celle d'un chien. Sur cette coloration bronzée des mains tranchait la couleur blanche des ongles, pâles comme les ongles des individus anémiques.

L'amaigrissement s'accompagnait d'une déperdition considérable des forces, et le malade était tombé dans un état de langueur dont rien ne pouvait le relever. Le système musculaire n'était pas notablement atrophié.

Bien que les digestions conservassent leur régularité, l'appétit diminuait, et le malade éprouvait du dégoût, surtout prononcé pour les viandes.

En examinant attentivement les divers appareils, on ne trouve rien de particulier à noter que du bruit de souffle dans les gros vaisseaux.

Le sang, tiré à l'aide d'une ventouse et soumis à l'examen de M. Robin, ne présentait d'autre altération que celle qui se rencontre dans l'anémie consécutive aux hémorrhagies.

Les urines contenaient des globules de pus, mais en trop minime proportion pour constituer un état pathologique.

De temps à autre, le malade avait ressenti des douleurs dans la région des reins ; mais, lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il ne les accusait plus.

Il restait debout toute la journée, allait et venait sans rien éprou-

vor de notable. Un traitement tonique semblait le remettre en état, lorsqu'il fut pris tout à coup, sans cause appréciable, de coliques d'abord sèches, puis diarrhéiques, et la diarrhée devint abondante au point de fournir huit à dix garde-robes dans les vingt-quatre heures. Deux ou trois jours après le début de cette diarrhée, le malade succomba sans que rien, suivant M. Trousseau, pût donner l'idée d'une attaque de choléra.

Tels sont, Messieurs, les faits qui ont été soumis à votre appréciation. A l'époque où ils vous étaient présentés, M. le professeur Trousseau en avait donné connaissance à l'Académie en en rapprochant un cas analogue recueilli par M. Second Ferréol dans le service de M. Casenave, à l'hôpital Saint-Louis, et que vous trouverez *in extenso* dans le numéro du 30 août (1856) de la *Gazette des hôpitaux*. Ces deux cas étaient à ajouter à la liste de ceux que M. le docteur Lasègue avait reproduits, en résumant dans un travail inséré dans les *Archives générales de médecine* (mars 1856) le mémoire original publié par Addison en Angleterre... (*On the Constitutional and Local Effects of Disease of the Suprarenal Capsul.* — Londres, 1845.)

Depuis que les faits signalés par M. le professeur Trousseau et par M. Second Ferréol ont reçu toute leur publicité, de nouveaux faits sont venus en grossir le nombre. Ainsi dans le n° du 14 septembre de la *Gazette des hôpitaux*, on voit une nouvelle observation de *peau bronzée*, envoyée par M. Malherbe (de Nantes). La correspondance manuscrite de la séance du 16 septembre comprenant une lettre de M. le professeur Tigri (de Vienne), dans laquelle l'auteur signalait quatre observations de *maladie bronzée* recueillies par lui dès 1849.

Le nombre déjà recommandable, comme on le voit, de ces faits, donne raison aux prévisions d'Addison, lorsqu'il disait que son expérience, quoique nécessairement limitée, lui laissait croire que la maladie qu'il décrivait n'était pas très rare, et que, quand on serait plus familiarisé avec son système et son mode d'évolution, on réussirait à discerner bien des cas qui, dans l'état actuel de nos connaissances, passaient méconnus.

La maladie bronzée paraît donc aujourd'hui constituer une espèce nosologique nouvelle et bien définie. Présentant un ensemble de phénomènes généraux qui permettent de la placer, jusqu'à nouvel

ordre, dans la classe déjà si nombreuse des anémies, des altérations du sang, à côté de la maladie de Bright, de la leucémie, elle a pour caractère spécifique de donner lieu à une coloration particulière de la peau, qui lui a valu le nom sous lequel on croit devoir la désigner, coloration spéciale qui, suivant Addison, correspond toujours à une lésion considérable des capsules surrénales, à laquelle semblent se rattacher et cette manifestation locale caractéristique et les phénomènes généraux de la maladie. Cette corrélation lui paraît si grande, que lorsqu'à cet ensemble de symptômes généraux, tels que la prostration des forces, l'alanguissement, un remarquable affaiblissement de l'action du cœur, l'irritabilité de l'estomac, s'ajoute cette teinte bronzée de la peau assez nettement caractérisée, Addison ne craint pas de soupçonner non plus seulement l'existence de la maladie, mais encore qu'elle dépend d'une lésion capsulaire grave.

Les faits publiés par le docteur Hutchinson (4) sont venus appuyer cette manière de voir, et c'est encore en suivant la loi formulée par Addison que, dans le cas qui fait le sujet de ce rapport, M. le professeur Trousseau, d'après cette coloration spéciale de la peau, coïncidant avec un ensemble de phénomènes généraux dont aucun état organo-pathologique appréciable ne donnait raison, a diagnostiqué la lésion des capsules surrénales, diagnostic que l'autopsie a si péremptoirement confirmé. Cette loi de coïncidence entre la peau bronzée et la lésion considérable des capsules surrénales a-t-elle été réciproque ? En d'autres termes, si la coloration spéciale de la peau coïncide *généralement* avec une altération grave des capsules, une altération grave des capsules donne-t-elle toujours lieu à la maladie bronzée, à la coloration spéciale de la peau ? Les faits répondent négativement : « Addison lui-même a cité un » cas en où, faisant une autopsie, il a trouvé un dépôt cancéreux » dans chacune des deux capsules chez un sujet atteint de cancers » multiples, sans que la couleur de la peau eût été modifiée : les » productions cancéreuses étaient d'ailleurs réduites aux plus minimes proportions. » (Lasègue, *Mém. cit.*) M. Rayer, en publiant dans le deuxième n° du *Journal l'Expérience* (novembre 1837) ses recherches anatomo-pathologiques sur les capsules surrénales, n'a

(4) *Medical Times*, 1855 et 1856, *passim*.

noté nulle part cette coloration de la peau, car on ne saurait prendre pour telle la coloration lie de vin que présentait la face du malade sujet de la seconde observation; et cependant, dans le dernier cas, les deux capsules étaient détruites par un épanchement hémorrhagique considérable.

Quelles que soient les raisons de ces faits exceptionnels, qui sans doute trouveront leur explication, la loi générale formulée par Addison n'en est pas moins bien établie, et son admirable découverte n'en est pas moins bien acquise à la science.

Si les observations sur lesquelles elle l'appuie offrent un immense intérêt pour les pathologistes, elles en présentent un non moins grand pour les physiologistes. Les observations ont en effet appelé l'attention sur le rôle que jouent dans l'économie les capsules surrénales, rôle dont on était loin jusqu'ici de soupçonner l'importance. Ce qu'on avait écrit sur les fonctions de ces organes n'était qu'un assemblage d'hypothèses sans fondement. A l'époque où Addison publiait son admirable travail, il savait seulement, d'une manière certaine, que les capsules surrénales étaient des glandes sanguines.

Les travaux d'Addison établissaient que les capsules jouaient un rôle non-seulement important, mais encore essentiel, et les recherches expérimentales de M. Brown-Séquard sont venues ajouter, en les fortifiant, aux déductions tirées par l'auteur anglais. Sans entrer ici dans les détails du travail présenté par M. Brown à l'Académie des sciences, et que vous trouverez reproduit *in extenso* dans les numéros de novembre et de décembre des *Archives de médecine*, je vous rappellerai les conclusions par lesquelles le savant physiologiste termine son mémoire :

« Les capsules surrénales, dit-il, semblent être essentielles à la vie. »

La suppression de leurs fonctions est plus rapidement mortelle que la suppression de la sécrétion urinaire.

Il semble entièrement probable qu'une de leurs fonctions consiste en une modification spéciale d'une substance douée de la propriété de se transformer en pigments, modification qui lui fait perdre cette propriété.

Lorsque les capsules surrénales manquent, le sang s'altère au point que, très promptement après avoir été tiré des vaisseaux,

des cristaux s'y forment spontanément aux dépens des globules.

La maladie d'Addison, l'ablation des capsules surrénales, ainsi qu'une maladie spéciale, fréquente chez les lapins, et que M. Brown appelle maladie pigmentaire, présentent les mêmes symptômes à des degrés divers d'intensité. Ici encore, comme en tout ce qui touche à la biologie, les recherches expérimentales et les faits pathologiques se prêtant un mutuel secours, on ne saurait trop encourager ces patientes recherches, on ne saurait recueillir avec trop de soin les faits pathologiques contrôlés par l'examen attentif des cadavres.

XXXI. ANNÉE. — DÉCEMBRE 1856.

SOMMAIRE. — 1. Cancer de l'estomac, du duodénum et du foie. — 2. Abscès multiples du foie, suite d'hépatite. — 3. Kyste de l'ovaire. — 4. Corps fibreux libre dans la cavité abdominale. — 5. Cancer du pylore. — 6. Cancer de l'estomac, de l'épiploon et de la prostate. — 7. Kystes de l'ovaire et vice de conformation de la main, enfant de quatre mois. — 8. Cancer du testicule ayant simulé une hématocele. — 9. Péritonite herniaire. — 10. Hypertrophie de la rate et du foie. — 11 et 12. Môles hydatiques du placenta. — 13. Anévrysme de l'origine du tronc brachio-céphalique. — 14. Gangrène de l'utérus consécutive à des manœuvres abortives. — 15. Kyste de l'ovaire. — 16. Hypertrophie de tous les ganglions lymphatiques du corps. — 17. Péritonite herniaire. — 18. Torsion et antéflexion de l'utérus. — 19. Calcul de cystine.

OBSERVATIONS. — Abscès des circonvolutions cérébrales supérieures avec ramollissement rouge ambiant, par M. Goupil.

Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur, par M. Eugène Nélaton, interne des hôpitaux.

Kyste dentaire du maxillaire supérieur, par M. Eugène Nélaton.

Mal de Pott, tubercules des os, par M. Segond-Ferréol, interne des hôpitaux.

Empoisonnement par l'acide sulfurique, rétrécissement œsophagien, gangrène pulmonaire, par M. Luton, interne des hôpitaux.

Delirium tremens, cœur gras, kystes hydatiques du foie, cancer de la région pylorique, par M. Luton.

Rapport de M. Millard sur les deux observations précédentes.

Hypertrophie de la moitié droite du corps et surtout des extrémités des membres chez un jeune homme de dix-sept ans, par M. Devouges.

Rapport de M. Millard sur ce fait.

Extrait d'un rapport de M. Decès sur une observation de corps étranger du genou opéré par extraction, présentée par M. Nadau.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Blain des Cormiers montre un cancer de l'estomac, du duodénum et du foie.

Un homme âgé de cinquante et un ans entra le 10 novembre à

la Charité (salle Saint-Charles, 48). Il éprouvait des douleurs épigastriques et avait eu déjà, à plusieurs reprises, des vomissements noirâtres; la face était maigre et jaune. Tout le ventre, et surtout la partie supérieure, douloureux à la pression, était le siège d'élanchements très pénibles. Bientôt survint un épanchement abdominal abondant avec les signes les plus nets d'une péritonite. On crut alors qu'une perforation s'était faite en un point de la masse cancéreuse, et que le liquide épanché avait déterminé la phlegmonie péritonéale. Ce malade succomba dans les premiers jours de décembre.

A l'autopsie, on trouva un cancer envahissant la partie pylorique de l'estomac, le duodénum, surtout à son extrémité inférieure, qui était rétrécie au point de n'y pouvoir insinuer qu'une sonde de femme, tandis que la portion supérieure était dilatée; le foie, volumineux, est criblé de noyaux friables, blanchâtres, et qu'on peut assez facilement énucléer. Leur volume varie depuis un pois jusqu'à une noix. Il n'y avait pas eu de perforation ni de rupture de cancer; la péritonite avait débuté à la surface du foie.

3. M. Cruveilhier met sous les yeux de la Société un foie qui est le siège de nombreux abcès. Ce foie appartenait à une femme qui présentait tous les signes d'une hépato-péritonite avec redoublement d'intensité de la phlegmasie péritonéale. L'autopsie montra du pus dans le péritoine, des fausses membranes ayant déterminé des adhérences dans la partie supérieure de l'abdomen, à la face inférieure du foie une tumeur formée par de la bile et proéminant au voisinage du côlon; enfin, de nombreux abcès du foie qui sont en rapport avec des conduits biliaires très dilatés. Quelques-uns des foyers purulents étaient librement ouverts dans le péritoine. M. Cruveilhier insiste sur la rétention de la bile et l'hépatite comme cause d'abcès multiples du foie (4).

(4) Cette observation est publiée dans tous ses détails dans les *Archives générales de médecine*, janvier 1857, page 54.

M. Barth fait voir un *kyste de l'ovaire* dont les parois renferment des masses cancéreuses et communique les détails suivants (1) :

Une femme de quarante ans se présenta à la fin d'août à l'hôpital Beaujon pour une tumeur abdominale dont elle ne fait remonter l'origine qu'à trois mois ; cependant, depuis quelques années, les règles étaient devenues irrégulières et peu abondantes.

La tumeur donnait au ventre le volume d'une grossesse de sept à huit mois ; elle était arrondie, tendue, obscurément fluctuante ; on y percevait des battements caractérisés par un choc brusque et non par un souffle comme dans la grossesse, ou une expansion comme dans l'anévrysme. A droite et immédiatement au-dessous du foie existe une masse saillante, dure et douloureuse à la pression.

M. Barth reconnut un kyste ovarique ; mais en raison des battements, de la tumeur sous-hépatique et de la douleur, il n'osa rien tenter et prit l'avis de MM. Huguier et Depaul.

M. Depaul, partageant les craintes de M. Barth, donna l'avis de s'abstenir. M. Huguier, tout en adoptant l'opinion de ses collègues, crut qu'une simple ponction pourrait être faite sans danger. La malade saisit cet espoir de salut et pria avec instance M. Barth de l'opérer.

Le 45 septembre, on retira du kyste six litres d'un liquide visqueux, d'un brun grisâtre et très riche en albumine. A la suite de cette ponction, la poche se rétracta fortement, et la tumeur supérieure descendit au niveau de l'ombilic, puis bientôt jusqu'au-dessus du pubis.

L'état de la malade s'améliorait rapidement, et elle était sur le point de quitter l'hôpital, quand, à la suite d'une promenade trop prolongée, elle éprouva du frisson et une fièvre assez forte se montrant périodiquement au milieu du jour. Le sulfate de quinine fit cesser les accès ; mais à dater de ce moment la santé ne fit que décliner. L'abdomen devint volumineux et très sensible, l'appétit et le sommeil sont nuls ; la teinte cachectique se prononce de plus en plus ; la maigreur augmente, des aphthes tenaces se développent

(1) Ce fait est relaté dans le *Moniteur des hôpitaux* du jeudi 4 décembre 1856.

dans la bouche. La malade s'éteint graduellement, elle succombe le 28 novembre.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite pseudo-membraneuse assez récente, et surtout caractérisée à la partie inférieure de l'abdomen. Le kyste adhère à la paroi abdominale au niveau de la ponction; des fausses membranes existent à sa surface, près de la masse dure supérieure, puis en arrière et en bas.

Le kyste renferme un liquide analogue à celui qui a été évacué par la ponction, mais contenant cependant du pus.

Le kyste est implanté sur le ligament large *gauche* et non sur le droit, comme il avait paru rationnel de le croire pendant la vie, la tumeur faisant surtout saillie à droite. Disons cependant que M. Huguier, constatant que le col utérin était dévié à *droite*, avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire *gauche*.

La cavité du kyste offre par places des aspects différents; là elle est lisse et polie, ici vilieuse et mamelonnée; en d'autres points, on voit saillir des tumeurs dont l'une avait été constatée pendant la vie. Celle-ci existe au sommet de la poche, elle a le volume des deux poings; deux autres sont placées au bas du kyste. Ces masses, qui contiennent des parties gélatiniformes d'aspect colloïde, laissent suinter à la pression un liquide crémeux qui, pour M. Barth, est un caractère évident de cancer. On peut voir, en outre, plusieurs dépôts fibrineux interstitiels.

Des vaisseaux, dont quelques-uns atteignent le calibre d'une plume de corbeau, rampent sur les parois du kyste.

A propos de cette présentation, M. Barth insiste sur les difficultés de toute espèce que présentent parfois les kystes ovariens. Ainsi, dans le cas actuel, on pouvait se demander si la tumeur supérieure était ou non indépendante du kyste; si les battements étaient dus aux vaisseaux des parois, ou, ce qui est plus probable, à une impulsion communiquée par les grosses artères voisines, ou bien encore si ce n'étaient pas là de ces pulsations qu'on a parfois remarquées dans les masses cancéreuses.

Le siège originel du kyste n'était pas moins difficile à déterminer; tout semblait indiquer qu'il appartenait au côté droit; aussi est-ce de ce côté que fut faite la ponction. Et cependant il était implanté près de l'ovaire gauche.

En présence d'indications si multipliées, si complexes et si déli-

cates à saisir et à interpréter, on comprend toutes les difficultés que le chirurgien doit éprouver à instituer le traitement.

A. M. Dolbeau fait voir un corps fibreux du volume d'une tête de fœtus et libre dans la cavité abdominale.

Cette tumeur a été trouvée sur une femme d'une soixantaine d'années ; elle reposait librement dans la fosse iliaque droite. Des adhérences lâches l'unissaient à l'extrémité supérieure de la vessie, et à la paroi abdominale antérieure, au-dessous de l'ombilic. Sa partie supérieure donne naissance à un cordon spiroïde qui rappelle à s'y méprendre le cordon ombilical ; cependant, en y regardant de plus près, on constate que ce cordon est constitué par un petit axe fibro-celluleux, autour duquel s'enroule irrégulièrement une grosse veine qui se dirige en haut et à droite, et se jette à plein canal dans une des veines épiploïques. La masse fibreuse est dure, homogène, et présente un aspect fœutré.

M. Dolbeau pense que cette tumeur est un corps fibreux de l'utérus qui s'est pédiculé et est devenu libre ; il en invoque pour preuve l'existence d'un autre corps fibreux gros comme une petite noisette, et qui fait saillie en haut et à gauche de l'utérus. Du reste, ce dernier organe n'a plus aujourd'hui aucun lien avec la tumeur.

M. Trélat émet l'opinion que la tumeur n'a contracté des adhérences avec l'épiploon que lorsqu'elle a abandonné la paroi utérine, que l'épiploon l'a coiffée, et que, dans cet état, la veine épiploïque s'est développée au point d'acquérir le calibre d'une grosse plume à écrire.

M. Dolbeau ne pense pas qu'on doive admettre ce mécanisme d'adhérences consécutives, car, dit-il, l'épiploon était retiré à la partie supérieure de l'abdomen, au-dessus du gros intestin, il n'y en avait pas trace en avant de la tumeur.

M. Trélat répond que le cordon cellulo-vasculaire représente l'épiploon lui-même, épiploon roulé, tordu sur lui-même, mais que ses éléments et sa continuité avec la toile épiploïque refoulée en haut ne permettent pas de méconnaître.

M. Broca ne serait pas éloigné de croire que la masse fibreuse

a pris naissance dans l'épiploon même. Sa continuité avec cette membrane, l'absence de rapports avec l'utérus, semblent plaider en faveur de cette opinion.

M. Cruveilhier. Il n'est pas très rare de voir des corps fibreux utérins se pédiculer. J'ai eu l'occasion d'observer une tumeur qui ne tenait plus à l'utérus que par le péritoine; les adhérences étaient très ténues. C'était un cas très analogue à celui que nous avons sous les yeux.

5. M. Foville fait voir un cancer du pylore.

Une femme entra, le 4 septembre, à la Pitié, avec tous les signes d'une cachexie cancéreuse avancée; la face était maigre et jaune; on sentait une tumeur épigastrique très caractérisée. Il y avait eu des vomissements brun noir, fréquents, mais jamais la malade n'avait rendu de sang. Après le repas, on voyait l'estomac fortement distendu par les aliments.

Le 5 décembre, les vomissements cessèrent d'une manière brusque pour ne plus reparaître, mais en même temps s'établit une diarrhée très intense et rebelle qui dura jusqu'à la mort de la malade survenue le 10.

A l'autopsie, on put voir que le cancer était absolument limité au pylore, tout le reste de la poche stomacale est sain. Le pancréas est envahi et forme une large communication à parois ulcéreuses entre l'estomac et le duodénum. On voit les restes d'un rétrécissement pylorique très serré.

On comprend donc aisément les vomissements opiniâtres, tant que le pylore était rétréci par la production morbide, vomissements qui cessent et sont remplacés par une diarrhée contenant de nombreuses parcelles d'aliments non digérés, à dater du moment où l'ulcération pancréatique ouvre une large voie aux matières contenues dans l'estomac.

6. M. Guyot met sous les yeux de la Société un cancer de l'estomac de l'épiploon et de la prostate.

Un homme, présentant un état cachectique bien accusé, avait

subi, il y a quinze jours, une ponction pour un épanchement abdominal ; cette ponction dut être renouvelée ces jours derniers, puis survinrent des douleurs abdominales très vives, des vomissements répétés ; le malade succomba.

On trouva à l'autopsie les traces d'une péritonite ancienne, pus, fausses membranes et adhérences. Il existe un vaste cancer qui enveloppe et envahit la totalité de l'estomac ; les parois de cet organe sont dures, très épaissies (12 millimètres), et maintiennent béante sa cavité qui ne dépasse pas le volume d'un gros œuf. Des masses cancéreuses occupent l'épiploon gastro-hépatique, et la partie supérieure du grand épiploon ; le reste de l'intestin ne présente pas trace de lésions. La prostate est le siège d'une ulcération cancéreuse qui l'a détruite en partie.

M. Barth observe que la tumeur devait être surtout sensible du côté gauche, tandis que d'habitude le cancer stomacal proémine à droite.

M. Guyot. Il était difficile de bien limiter la tumeur, à cause de l'épanchement ; après la ponction, les douleurs vives empêchèrent un examen plus complet, et le malade succomba très rapidement.

7. M. Pana montre des kystes de l'ovaire, et un vice de conformation de la main, recueillis chez une petite fille de quatre mois.

Les deux ovaires contiennent chacun deux petits kystes d'une transparence louche et du volume d'un gros pois.

La main est complètement privée de doigts. A leur place, on observe des petits mamelons cutanés sans ongles, et présentant un petit point ombiliqué et comme cicatriciel.

M. Pana a recherché si, comme l'a indiqué M. Verneuil pour un cas de doigts palmés, l'arcade palmaire superficielle ne serait pas vicieusement disposée à la partie inférieure du carpe. Les artères sont parfaitement normales sur la pièce que nous avons sous les yeux.

M. Fournier a constaté cette année le même vice de conformation sur un homme de cinquante ans ; seulement, il existait des

ongles rudimentaires au sommet des tubercules cutanés représentant les doigts.

S. M. Doyen montre un cancer du testicule pris pour une hématocele, à cause de la rapidité de son évolution.

Au numéro 40 de la salle Saint-François est couché le nommé Theria (Joseph), journalier, âgé de trente-deux ans, atteint d'une tumeur de la bourse gauche. (Hôpital Saint-Antoine, service de M. Richet.) Le malade fait remonter son affection à quatre mois environ, époque où il se serait froissé violemment le testicule gauche avec le manche de sa pioche en travaillant à la terre. La douleur fut très vive pendant une demi-heure environ ; le malade oublia bientôt son accident ; mais son attention fut depuis éveillée par le développement rapide de la tumeur en six semaines. Après l'accident, il consulta un médecin qui crut reconnaître une hydrocele, et lui proposa la ponction. Theria voulut attendre encore ; mais la gêne devenant de plus en plus grande, surtout à la fin de chaque journée, il vint nous consulter, et fut admis dans nos salles.

La forme de la tumeur est tout à fait celle d'une hydrocele vaginale ; mais la tumeur paraît plus consistante et plus lourde. La fluctuation paraît cependant évidente. A la partie inférieure et en arrière, on trouve une petite saillie assez molle, et dont la pression cause une douleur vive. La transparence est nulle.

Avec les antécédents et les signes énumérés ci-dessus, il semblait tout naturel de penser à une hématocele intra-vaginale, et ce diagnostic fut celui de M. Richet, qui dès lors se proposa de fendre largement la tumeur pour détacher les caillots et faire suppurer la cavité.

Mais auparavant il crut devoir faire une ponction avec le trocart, et il fut surpris de sentir la pointe de l'instrument immobilisée dans une masse solide. Le trocart fut retiré, et la canule laissa écouler quelques gouttes d'un liquide trouble et de couleur chocolat. Cette circonstance venait à l'appui du diagnostic, et l'opération fut pratiquée. En arrivant sur la tunique vaginale, on la trouva parfaitement saine et indépendante de la tumeur que recouvrait la tunique albuginée. Il fallait dès lors prendre un parti, et le testicule fut amputé (le mardi, 16 décembre).

Le malade n'éprouva aucun accident immédiat; il mange actuellement une portion, et son état est très satisfaisant.

Je noterai ici que ce matin, 19, le pansement fut trouvé tout imbibé de sang, et que M. Richet dut retirer une masse de caillots de plus de 50 grammes, qui avait rempli la cavité consécutive à l'opération.

Examen de la tumeur. — La tumeur est très régulière et le cordon nullement altéré, ainsi que l'épididyme.

Le testicule est recouvert de sa tunique albuginée un peu vascularisée.

Une coupe verticale nous offre un aspect tout particulier. D'abord, on tombe sur un petit kyste où probablement avait plongé le trocart avant l'opération. On y trouve un peu de liquide analogue à celui qui sortit par la canule.

La masse intérieure présente çà et là des plaques jaunâtres irrégulières disséminées au milieu d'un tissu plus rouge et moins consistant.

La périphérie de la tumeur paraît formée par de la substance testiculaire normale, et à la partie inférieure, là où l'on avait cru reconnaître le testicule à la douleur produite par la pression, on trouve une portion plus considérable de substance glandulaire non altérée.

Ici, nous avons évidemment affaire à une tumeur centrale du testicule, tumeur dont le microscope n'a pas encore déterminé la nature, et qui paraît s'être développée rapidement à la suite d'une contusion violente. Disons cependant que, en interrogeant soigneusement le malade, on lui fait dire que, déjà depuis un an, il éprouvait de temps à autre un peu de gêne dans son testicule gauche, surtout dans les temps chauds et quand il montait à cheval sans précaution.

M. Guyon fait observer que le refoulement concentrique de la substance glandulaire dans les tumeurs du testicule a été un des arguments qu'a fait valoir M. Robin pour prouver que l'épididyme est toujours le point de départ de la maladie; car s'il en était autrement, dit M. Robin, le testicule serait détruit et non refoulé.

M. Trélat. L'étude comparée des épithéliums des conduits séminifères et des conduits de l'épididyme révèle des différences

entre leurs éléments cellulaires; c'est en se fondant sur ces différences que M. Robin établit l'origine épидидymaire de beaucoup de tumeurs du testicule. Mais que peut un semblable raisonnement devant des faits où, comme dans le cas actuel, l'épididyme est parfaitement sain, tandis que la tumeur occupe le testicule et est circonscrite par la tunique albuginée? Cette indépendance de l'épididyme a d'ailleurs été observée sur des tumeurs de nature différente, sur des kystes par exemple.

M. Dufour. Déjà, il y a quelques années, M. Gaillet avait soutenu la même opinion que M. Robin, mais j'ai pu constater, à maintes reprises, que des tubercules existaient au centre du testicule alors que l'épididyme n'en était nullement atteint. D'autres fois, il est vrai, il s'en trouvait dans l'un et l'autre organe.

M. Broca insiste sur quelques-uns de ces arguments. Dans les tumeurs très anciennes, qui ont envahi toute la glande et l'épididyme, on en est réduit à des conjectures sur l'origine réelle de l'affection, et en l'absence de renseignements positifs on pourrait recourir à l'examen des éléments cellulaires; mais je ne comprends guère que M. Robin, qui admet aujourd'hui des maladies, des transformations des éléments normaux, s'appuie des différences d'aspect qui, dans bon nombre de cas, sont la conséquence d'un état pathologique. Remarquez, d'autre part, qu'on peut éclairer la question par l'examen de tumeurs peu développées dans lesquelles on peut aisément reconnaître ce qui appartient au testicule, à l'épididyme et à la tumeur. Or, j'ai vu, pour ma part, le plus souvent l'épididyme rester parfaitement intact. Je dis plus, c'est que dans l'immense majorité des cas, c'est le testicule lui-même qui est le siège primitif des altérations. Ces observations, je les ai faites pour le tubercule, pour les kystes, les cancers. Je me souviens, entre autres cas, d'un kyste tuberculeux du testicule qui occupait le centre de l'organe et qui nécessita la castration. M. Chassaignac fit l'opération, et je présentai la pièce à la Société.

● M. Doyen fait voir une seconde pièce. C'est une *péritonite développée dans un sac herniaire*. Un homme portait une volumineuse hernie inguinale droite, contenue par un bandage. Il se présenta

dans le service de M. Richet éprouvant des douleurs vives dans le sac et la partie inférieure de l'abdomen. Il n'existait aucun signe d'étranglement. Le sac contenait manifestement une collection liquide, qui fut à deux reprises évacuée par une ponction. Une première fois, on retira 800 grammes d'une sérosité rougeâtre ; une seconde fois, 5 à 600 grammes. Malgré cette évacuation et un traitement antiphlogistique convenable, les douleurs ne firent qu'augmenter en s'accompagnant d'une diarrhée abondante. Le malade succomba.

A l'autopsie, on put voir que le sac était divisé en deux loges dont l'une était vide d'intestin et ne contenait que du liquide. Dans la loge supéro-interne se trouvait une anse de 20 centimètres d'intestin grêle. Le collet du sac peut admettre l'extrémité des cinq doigts réunis. La paroi intestinale n'offre aucun vestige de constriction. Il n'y a donc pas eu d'étranglement, mais toute la paroi de la poche et celle de l'intestin hernié présentent une rougeur vasculaire qui s'étend jusque dans la fosse iliaque droite. C'est donc là un cas des mieux caractérisés de péritonite herniaire sans étranglement.

10. M. Genouville fait voir, de la part de M. Gombaut, une *hypertrophie de la rate et du foie*.

Le 15 décembre 1856, la nommée Ruchwatther est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, numéro 4 (service de M. Piédagnel).

Cette femme, atteinte de surdité complète, a pu donner seulement les quelques renseignements suivants, obtenus avec peine, en lui faisant lire les questions que je lui adressais.

Elle n'est plus réglée depuis un an et est âgée de quarante-quatre ans ; sa maladie, dit-elle, a commencé à partir de la suppression de ses règles ; depuis ce temps, elle a toujours eu dans l'abdomen des douleurs vagues coïncidant avec des vomissements verdâtres qui duraient plusieurs jours et cessaient ensuite pour faire place à une diarrhée abondante.

Son appétit très développé lui permettait de prendre une grande quantité de nourriture, malgré laquelle elle a vu ses forces diminuer de jour en jour, son embonpoint disparaître et la maigreur devenir extrême.

Elle n'a pas pu me dire si elle avait eu des accès de fièvre intermittente.

Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvée le jour de son entrée à l'hôpital :

Faiblesse, teint jaunâtre, langue un peu rouge sur toute sa surface; il n'y a plus de vomissements, mais une diarrhée abondante qui ne laisse de repos ni jour ni nuit; les matières examinées ne contiennent ni sang, ni aucun produit morbide. La malade ne tousse pas; son pouls est petit, faible.

Elle demande à manger à grands cris; une portion n'est pas suffisante. Le ventre est tendu, volumineux; à sa surface, des veines sont fortement dessinées. La palpation fait toucher deux tumeurs, une à droite et l'autre à gauche; la première se continue avec le foie, la seconde avec la rate. La percussion donne une matité étendue dans ces deux régions. Le ventre est douloureux dans les points correspondants à la masse intestinale.

Diagnostic : hypertrophie de la rate et péritonite chronique.

Le lendemain de son entrée, en voulant se lever, la malade tombe de son lit, se contusionne violemment la tête, où elle ressent de vives douleurs dont elle se plaint le soir à la visite. L'examen ne fait trouver aucune fracture; une ecchymose seule existe à la partie antérieure du front. La malade refuse toute nourriture et paraît très faible, elle conserve toute son intelligence et meurt dans la nuit, paraissant avoir succombé plutôt à la faiblesse antérieure qu'aux accidents causés par sa chute.

A l'autopsie, on ne trouve rien qui puisse expliquer la mort rapide.

L'abdomen contient les deux tumeurs senties pendant la vie; l'une est bien formée par la rate, l'autre par le foie. Ces deux organes, considérablement augmentés de volume, descendent très bas dans la cavité du ventre.

Les mesures suivantes peuvent donner une idée du volume qu'ils avaient atteint.

Foie, d'avant en arrière. . .	0,33 centimètres.
De droite à gauche, largeur. .	0,28
— épaisseur.	0,09
Rate, hauteur.	0,30
D'avant en arrière, largeur. .	0,42
— épaisseur.	0,08

La *rate* descendait aussi bas que le foie ; au lieu de suivre une direction verticale, elle avait subi un déplacement oblique qui amenait son extrémité inférieure sous la paroi abdominale antérieure ; son tissu est plus rouge, sa dureté plus grande qu'à l'état sain, le scalpel la coupe plus difficilement, la boue splénique a disparu et est remplacée par un tissu analogue à celui du foie à l'état normal ; l'élément fibreux ne paraît pas épaissi ; il serait plutôt refoulé par ce tissu en quelque sorte nouveau.

Les vaisseaux spléniques sont d'un volume normal ; ils ne sont, par conséquent, pas en rapport avec la grosseur de l'organe qu'ils nourrissent. L'artère et les veines sont complètement masquées à leur entrée et à leur sortie de la rate. Les vaisseaux courts sont peu volumineux.

Le *foie* est plus brun, plus mou, et a sa membrane d'enveloppe plus mince qu'à l'état sain ; son tissu est rouge, gorgé d'un sang noirâtre que la coupe laisse suinter de tous les vaisseaux.

L'*estomac*, dans presque toute son étendue, est réduit à un tube de la grosseur du duodénum ; il offre cependant encore la forme d'une cornemuse ; la grande courbure est surtout marquée ; deux portions rétrécies indiquent la place du cardia et du pylore ; dans la plus grande largeur, il a 0,42 centimètres ; la distance entre les deux orifices est de 0,09 centimètres.

La surface interne n'offre rien de particulier à noter.

Le *péritoine* est sain dans toute son étendue. Au point où la rate est en rapport avec le péritoine pariétal, se trouve une bride résistante ancienne qui le maintient solidement.

Les *intestins* sont normaux ; la muqueuse du gros intestin est un peu rouge et ramollie.

11. M. *Gibert* met sous les yeux de la Société une *môle hydatique du placenta*.

M^{me} X..., âgée de quarante ans, mère de douze enfants, n'avait eu que des grossesses heureuses et paraissait d'une santé parfaite. Au mois de novembre dernier, à l'époque de ses règles, elle eut une grande frayeur ; l'écoulement sanguin se supprime, des douleurs très vives envahissent l'abdomen et s'accompagnent de fièvre. Ces accidents aigus se calment cependant, mais le ventre

devient volumineux et se développe uniformément de bas en haut, comme s'il s'agissait d'une grossesse déjà avancée. Trois semaines après, de nouvelles douleurs abdominales généralisées engagent le médecin de la famille à demander l'assistance de M. Monod qui constate l'état suivant :

Tumeur sus-pubienne s'élevant jusqu'à l'ombilic ; fluctuation manifeste ; douleurs au moindre attouchement comme s'il s'agissait d'une péritonite. Au toucher vaginal, cette tumeur fait saillie dans le bassin. L'orifice externe du col est dilaté, l'interne est fermé. Vomissements dans la journée. Constipation opiniâtre. Fièvre.

M. Monod introduit une sonde en gomme élastique à travers l'orifice interne. Il s'écoule immédiatement environ 400 grammes de sang liquide noir. L'écoulement sanguin continue dans la journée, et le lendemain issue de caillots nombreux. Un jour après, accouchement d'une môle très volumineuse.

A partir de ce moment, suppression complète des accidents aigus, et, quinze jours plus tard, la santé de cette dame était revenue à son état primitif.

Une môle aussi considérable a-t-elle pu se développer dans l'espace de trois semaines ? La malade ne se croyait pas enceinte ; mais, suivant M. Monod, il est probable que ce qu'elle croyait être ses règles était déjà un commencement de fausse couche. Toutefois, il a déjà eu occasion de voir des môles volumineuses se développer en très peu de temps.

La môle a un volume presque double d'un placenta au terme de la grossesse. Elle n'a pas été pesée.

Elle se présente sous l'aspect d'une masse chevelue, rougeâtre, se déchirant facilement à la moindre traction. Une quantité innombrable de vésicules, attendant les unes aux autres, occupent une de ses faces, et sont disposées comme une grappe de raisin. Ces vésicules sont de volume très variable. Elles sont appendues à un pédicule formé de tissu cellulaire. Le liquide qu'elles contiennent est fortement albumineux.

M. Luys a examiné cette pièce, et communique le résultat de ses observations :

Chaque dilatation vésiculiforme est constituée, soit par un renflement terminal d'une villosité, soit par des dilatations succes-

sives et placées à la file de la cavité même de la villosité : elles sont séparées les unes des autres par des espèces d'étranglements qui leur forment des collets. En général, elles ont un pédicule étroit qui les relie à la masse de la villosité ; d'autres se continuent par une large base d'implantation avec elle.

Toutes les dilatations vésiculiformes sont loin d'avoir acquis le même degré de développement ; ainsi, tandis que les plus grosses peuvent se représenter en volume par celui d'une noisette (eu égard au grossissement de 150 diamètres), les plus petites, celles que l'on peut considérer comme encore à l'état rudimentaire, peuvent se comparer au volume d'une tête d'épingle ; elles se trouvent, en général, au niveau des points d'étranglement, et se présentent sous l'apparence de franges flottantes, papilliformes.

Chaque vésicule, examinée en elle-même, de quelque volume qu'elle soit, présente à considérer un contenu visqueux, transparent, précipitant par la chaleur et l'acide nitrique.

Les parois sont fibroïdes, formées d'un accollement très serré de fibres fusiformes, dont les noyaux sont la plupart du temps étouffés par un développement exubérant de granulations graisseuses. Ces mêmes granulations graisseuses se présentent par amas irréguliers, en proportion considérable, dans l'épaisseur des parois des vésicules : c'est à peine si l'on distingue, dans les espaces qu'elles laissent à découvert, la présence de quelques noyaux de cellules. Nous n'avons pas constaté de vaisseaux dans l'épaisseur des parois des villosités.

12. M. Liégeois met sous les yeux de la Société une mole hydatique du placenta.

Sur cette pièce, on voit très nettement une masse de petits kystes, du volume d'un pois environ, appendus aux villosités chorionales ; leur réunion donne très exactement l'aspect d'une grappe à grains nombreux. Ces kystes ont des parois minces et transparentes. M. Liégeois appelle l'attention des membres de la Société sur l'existence d'un embryon qu'on trouve à l'intérieur de cet œuf abortif. Ce fœtus, qui n'a guère que 2 centimètres de longueur, est évidemment d'un âge moins avancé que les membranes. Du

reste, la présence de cet embryon doit être remarquée, car on n'en trouve pas d'habitude dans les môles hydatiques. M. Robin, à qui M. Liégeois avait montré la pièce, n'avait jusqu'ici observé aucun fait semblable.

M. Houel. La Société a déjà discuté la question de savoir si ces kystes ne sont que des villosités chorales offrant un état pathologique, et elle s'est prononcée dans ce dernier sens. Quant à l'embryon, il succombe le plus souvent de très bonne heure, il se résorbe ou est détruit et on n'en trouve plus de traces.

M. Broca. La persistance du fœtus dans ces môles est un fait très rare. Je n'en avais jamais vu d'exemple, et les auteurs que j'ai consultés n'en mentionnent aucun; à tel point que l'on considérerait autrefois ces masses kystiques comme des produits formés de toute pièce et en l'absence de la conception. M. Houel semble, en indiquant la destruction rapide de l'embryon, avoir connaissance de quelque cas de fœtus inclus dans ces môles.

M. Houel. Les traités d'accouchements signalent à l'intérieur de ces tumeurs des débris de fœtus dont la nature a été très nettement constatée.

13. M. Liégeois fait voir une seconde pièce : *Un anévrysme siégeant à l'origine du tronc brachio-céphalique.*

Un malade entra à l'Hôtel-Dieu (service de M. Grisolle), affecté, disait-il, d'une bronchite chronique. L'examen des viscères thoraciques ne tarda pas à nous révéler une altération avancée des gros vaisseaux artériels. Sur tout le trajet de l'aorte, bruit de souffle extrêmement fort, présentant surtout son maximum d'intensité au niveau de la première courbure. Du côté de la respiration, dyspnée revenant par accès sous l'influence de la toux; d'un mouvement ou sans cause connue. A l'auscultation, râle sibilant dans toute la poitrine; à la percussion, sonorité en avant. Notre premier diagnostic fut : anévrysme de la crosse aortique avec emphysème concomitant. Mais tout à coup la respiration devint plus difficile, la dyspnée fut remplacée par de l'orthopnée, la voix s'éteignit, les inspirations surtout devinrent lentes et difficiles, les expirations brusques

et faciles; l'auscultation du larynx démontra un sifflement laryngien intense, précédé d'un bruit de soupape à chaque inspiration. Ces derniers symptômes nous conduisirent à les rattacher à une lésion du nerf récurrent, dont nous crûmes trouver la cause dans un anévrysme du tronc brachio-céphalique comprimant et désorganisant ce nerf.

L'autopsie vint justifier nos prévisions : une poche anévrysmale embrassant toute la hauteur du tronc brachio-céphalique, tapissée par des caillots fibrineux disposés par couches ; des ossifications de tout l'arbre artériel, dans le tronc générateur comme dans les troncs de première et de seconde division ; un cœur hypertrophié sans lésions valvulaires, seulement une insuffisance aortique due à la dilatation de l'origine des vaisseaux ; de l'emphysème au bord antérieur du poumon. Le nerf récurrent droit était compris dans la paroi postérieure de la tumeur.

14. M. Gallard montre une gangrène de la corne droite de l'utérus consécutive à un avortement.

Une femme se présenta le samedi 43 décembre au soir à l'hôpital Beaujon. Elle disait qu'elle venait de faire une fausse couche et qu'elle éprouvait des douleurs vives du bas-ventre. Les questions les plus pressantes ne purent lui faire avouer que l'avortement avait été précédé de manœuvres intentionnelles.

Il y avait un ictère bien marqué, de la douleur dans la région du foie ; le ventre était météorisé. On pensait que l'ictère devait être attribué à une péritonite sous-hépatique ; mais on apprit qu'il s'était développé rapidement à la suite d'une visite judiciaire faite à la malade la veille de son entrée. Les symptômes ne furent nullement amendés par l'application de sangsues et d'onguent mercuriel ; la malade succomba.

L'autopsie fit voir une péritonite moins intense qu'on ne le supposait. Il n'y avait ni pus, ni fausses membranes dans le péritoine. Toute la corne droite de l'utérus est détruite par la gangrène ; l'utérus communique donc largement avec le péritoine. Cette membrane a mieux résisté à la gangrène que le tissu même de l'utérus. La perforation est moins large sur la séreuse que sur le tissu utérin.

Cette gangrène n'a déterminé qu'une métrite du voisinage très peu intense et peu étendue. Il n'y avait rien du côté des voies biliaires.

15. M. Barbrau fait voir un volumineux kyste de l'ovaire, recueilli chez une femme morte d'hémorrhagie quelques heures après la ponction.

La nommée C... (Adélaïde), âgée de soixante-quatre ans, entrée dans le service de M. Beau, à l'hôpital Cochin, le 8 octobre 1856, morte le 24 décembre 1856.

Cette femme nous dit s'être toujours bien portée. Elle a eu plusieurs enfants. Ses couches ont été heureuses. Elle n'est plus réglée depuis l'âge de quarante-cinq ans.

Une de ses sœurs serait morte d'une tumeur cancéreuse.

L'affection qui l'amène à l'hôpital ne daterait que de trois ou quatre mois. La malade assure n'avoir point éprouvé de douleur avant cette époque, ni remarqué la présence d'une tumeur dans l'abdomen et l'augmentation de celui-ci. Toutes nos questions ne peuvent la faire changer de langage.

Nous constatons l'état suivant :

Constitution assez faible, un peu d'amaigrissement ; face pâle ; décoloration générale des téguments.

L'abdomen est volumineux et remonte très haut dans la poitrine. La peau est lisse et tendue ; les veines sous cutanées sont légèrement dilatées. Il n'y a pas de bosselures apparentes.

La tension du ventre est très considérable ; la forme est convexe et n'est pas modifiée dans les différentes situations.

La percussion nous donne de la matité dans toute l'étendue de l'abdomen, dans quelque position qu'on mette la malade. Il y a de la sonorité au niveau de la région épigastrique, mais il n'y en a pas du tout sur les parties latérales.

La fluctuation est évidente. En plaçant une main à la partie droite, et en pesant sur la partie gauche avec l'autre main, on détermine une ondulation dans le liquide qui vient frapper la première main.

En poursuivant l'examen, nous trouvons par une palpation assez profonde à la partie inférieure gauche, et aussi à droite, une

tumeur bosselée, dure, inégale, légèrement douloureuse, qui paraissait siéger dans les fosses iliaques.

Quelle était la nature de cette tumeur ? C'est ce qu'il nous était impossible de préciser. Peut-être avait-on affaire à une affection cancéreuse, maladie dont était morte la sœur ; alors on pouvait penser que le liquide contenu dans l'abdomen était dû à une ascite péritonitique subaiguë développée sous cette influence ; ou bien encore avait-on affaire à un kyste de l'ovaire commençant et existant avec une ascite ? enfin était-ce un kyste de l'ovaire qui remplissait l'abdomen, donnait la sensation générale de fluctuation, et coexistait avec une tumeur du bassin de nature indéterminée ?

Telles étaient nos suppositions. Mais je dois avouer que l'existence d'un kyste multiloculaire ne nous est pas venue à l'idée. En effet, ce n'est pas en trois ou quatre mois qu'un kyste de cette espèce et de ce volume se développe à un point aussi extrême. Il faut dire aussi que l'examen était difficile en raison de la tension très grande des téguments.

Le toucher vaginal ne nous apprit rien de précis. Le col était un peu haut ; mais sur la ligne médiane, par le toucher rectal, on sentait en avant une tumeur dure, sans fluctuation aucune.

Les membres inférieurs étaient un peu œdématiés. Le cœur était normal.

L'urine était rendue assez facilement et ne contenait pas de traces d'albumine. La défécation se faisait d'une manière convenable.

Quelquefois, le soir, il y avait un léger mouvement fébrile.

Nous ne fîmes d'abord subir aucun traitement, voulant suivre la marche de la maladie afin d'être plus positivement fixé sur sa nature ; mais la pauvre femme était horriblement fatiguée par le développement de son abdomen ; elle était en proie à une dyspnée excessive, et elle était presque toujours obligée de rester assise dans son lit. Les digestions étaient pénibles.

Elle nous suppliait chaque jour de la débarrasser de son mal, ou du moins de la soulager. M. Beau hésita longtemps, et ce ne fut que sur les instances réitérées de la malade et en présence de l'augmentation rapide du volume du ventre et de la difficulté croissante de la respiration que l'opération fut décidée.

Elle fut pratiquée le 24 décembre à quatre heures du soir.

L'enfonçai le trocart au côté droit de l'abdomen, sur le milieu d'une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. Le trocart pénétra sans difficulté. Je le retirai, et il sortit *tout d'abord* par la canule un liquide d'une certaine consistance, d'une couleur chocolat au commencement, puis, tout à fait à la fin, il s'écoula un liquide qui n'était autre chose que du sang rouge intermédiaire au sang artériel et au sang veineux. A ce moment, il y avait environ huit à dix litres de liquide.

Je m'aperçus tout à coup que la malade pâissait étrangement, ses lèvres se décoloraient, le pouls devenait petit et misérable; j'arrêtai immédiatement l'écoulement du liquide; je cherchai à ranimer la malade; elle reprit bien un peu connaissance, mais elle ne sortit pas complètement de sa syncope, et elle mourut à neuf heures et demie du soir, cinq heures et demie après l'opération.

Le lendemain matin, nous trouvâmes le liquide pris en forme de gelée dans le vase qui le contenait. Il semblait que ce fût une matière phlegmasique.

Autopsie trente-six heures après la mort. L'abdomen paraît encore tendu, mais cependant moins qu'avant la ponction. Après l'avoir ouvert, nous trouvons une tumeur volumineuse de couleur nacrée, occupant la plus grande partie du ventre. Les viscères sont refoulés très haut, et les intestins se trouvent en arrière, il n'y en a pas du tout sur les côtés.

Cette tumeur n'est autre chose qu'un kyste de l'ovaire primitivement développé du côté gauche.

Elle se compose d'un kyste considérable, de plusieurs autres kystes d'un volume plus petit, et d'une sorte de gâteau charnu contenant dans son épaisseur une multitude de petits kystes.

Le kyste principal, qui donnait à la tumeur sa forme et qui en forme la plus grande partie, contient encore une grande quantité de liquide rougeâtre et de caillots fibrineux adhérents à ses parois. On peut parfaitement s'assurer que le trocart, en pénétrant dans la poche, n'a intéressé aucun vaisseau: il n'y en a aucun vestige, ni au niveau de l'ouverture, ni même à une certaine distance. Il est donc impossible d'expliquer par la ponction elle-même l'écoulement abondant du liquide sanguinolent.

A gauche et à droite de cette grande poche, sont d'autres kystes plus petits, au nombre de 40 à 45: les uns sont remplis par un

liquide séreux, avec une sorte de bouillie blanchâtre, analogue à de l'albumine concrétée; les autres contiennent du sang liquide ou en caillots. Leur volume varie de la grosseur d'une pomme d'api à celle d'une orange.

La base du grand kyste est entourée par un vaisseau, de la grosseur du petit doigt, rempli d'un caillot noirâtre dans toute son étendue.

Les caillots qui sont sur les parois du premier kyste semblent de nature phlegmasique.

En arrière de ces poches est une tumeur en forme de gâteau, d'une épaisseur de 8 centimètres. Au milieu d'un tissu blanc, fibreux, résistant, dur, se trouvent cinquante et quelques petits kystes de la grosseur d'une noix à celle d'une noisette: les uns contiennent un liquide tout à fait sanguin, ou sanguinolent ou séreux; d'autres contiennent seulement des caillots noirâtres s'écrasant sous les doigts: on en trouve qui renferment des matières solides, des matières fibrineuses, des masses blanchâtres, gélatineuses.

L'utérus ne présente rien à noter.

Sur l'ovaire droit, deux ou trois petits kystes commencent à se développer.

Rien dans les poumons, ni au cœur.

M. Verneuil insiste sur quelques points relatifs à cette présentation. Les kystes ovariens sont parfois pourvus de vaisseaux très volumineux. Il a vu des veines qui atteignaient le volume du petit doigt. A voir ces masses fibrineuses rouges et friables, on doit penser que l'hémorrhagie s'est faite d'une manière assez brusque et probablement à une époque déjà ancienne; il faudrait donc rechercher avec tout le soin possible la disposition des vaisseaux dans les parois.

On a déjà insisté avec raison sur la couleur brune, la viscosité du liquide qui semblent imprimer un caractère fâcheux au pronostic. Ce nouveau cas parle dans le même sens.

Le cancer de l'ovaire a été admis avec une trop grande facilité. Ce cancer est rare; mais on observe au contraire souvent des productions épithéliales qui par leur aspect, à l'œil nu, peuvent simuler l'encéphaloïde. M. Verneuil a observé, avec M. Hugué, un

kyste de l'ovaire dont les parois étaient recouvertes de végétations épithéliales qui atteignaient, en certains points, 2 centimètres d'épaisseur. Peut-être quelques-unes des loges du kyste que nous observons contiennent-elles de semblables dépôts.

M. *Legendre* signale un fait analogue à celui de M. Verneuil. La tumeur était constituée par un amas de kystes contenant à peine quelques traces de liquide ; mais, en revanche, ils étaient gorgés de productions épithéliales qui par places avaient détruit les cloisons et établi une communication entre deux loges voisines. Ces tumeurs sont très dures, très résistantes ; leur diagnostic offre les plus grandes difficultés.

M. *Verneuil*. Ces productions épithéliales sont communes à toutes les glandes ; l'ovaire ne fait point exception. Ce fait a une haute importance pratique. On conçoit, en effet, que les médications topiques, les injections iodées par exemple, trouveront une barrière infranchissable dans ces revêtements épithéliaux. La guérison sera impossible ; tandis que le médicament pourra agir d'une manière efficace si les parois n'ont pas de revêtement de cette nature. A quelle cause attribuer les adhérences fréquentes de certaines surfaces séreuses et l'impossibilité de réunion des surfaces muqueuses, sinon à l'absence ou à la présence de couches épithéliales ?

M. Verneuil insiste sur la difficulté du diagnostic de certains kystes de l'ovaire. Il élève des doutes sur la possibilité de reconnaître sûrement les kystes multiloculaires. La constatation isolée de chaque kyste ne peut être faite que très exceptionnellement. Quant au toucher vaginal, il ne saurait donner toujours des renseignements suffisants. On sent mal les petits kystes, tandis que l'utérus est souvent remonté trop haut pour qu'on puisse le sentir quand les kystes ont atteint un grand volume.

M. *Trélat*. La présence d'un épithélium n'est pas un obstacle absolu à la formation des adhérences. On en obtient facilement, trop facilement peut-être, dans la tunique vaginale ; elles sont fréquentes dans le péritoine, dans les plèvres, et cependant ces surfaces sont revêtues d'épithélium.

D'autre part, M. Verneuil atténue l'importance du toucher vagi-

nal dans le diagnostic des kystes volumineux de l'ovaire ; mais je vois, au contraire, que dans un cas de cette nature que nous a récemment présenté M. Barth, M. Huguier diagnostiqua le côté où le kyste avait pris naissance rien que par la déviation du col utérin. Quand les kystes ont acquis un grand volume, ils distendent la totalité du ligament large, et attirent en haut l'utérus, tandis que dans les ascites cet organe est refoulé vers la partie inférieure du bassin.

M. Verneuil. L'utérus est souvent remonté assez haut pour que le doigt ne puisse plus constater sa déviation.

Pour ce qui a trait à l'épithélium, celui-ci n'est nullement semblable dans les séreuses et les muqueuses. Dans les premières, il forme un mince revêtement non stratifié ; il tombe dès que les premiers phénomènes inflammatoires se manifestent. Sur les muqueuses, il forme des couches plus épaisses, et se renouvelle par la profondeur à mesure que les lames superficielles se détachent ; c'est une mue incessante dans laquelle le derme muqueux n'est jamais à nu.

M. Blot pense que dans cette question, et en dehors de l'épaisseur variable et de la nature des épithéliums, on doit tenir le plus grand compte des liquides sécrétés. Ceux-ci sont essentiellement différents sur les muqueuses et les séreuses, et jouent un rôle important dans les divers phénomènes d'adhésion de ces surfaces.

16. M. Bonfils fait voir des masses ganglionnaires prises sur un individu qui a succombé à une *hypertrophie de la totalité des ganglions lymphatiques*.

Le nommé Mullet, âgé de quarante-quatre ans, est entré le 6 novembre 1856 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 29.

Cet homme était très robuste et très fort ; il avait constamment joui d'une très belle santé jusqu'en 1848.

Au mois de décembre 1848, il part pour l'Afrique comme colan. Il contracte des fièvres intermittentes, qui se compliquent bientôt de cachexie paludéenne. Il revient en France en 1850, toujours en proie à ses accès de fièvre.

On coupe la fièvre à Beaujon ; l'état général s'améliore. A la fin de 1854, Mullet se porte très bien ; alors il retourne en Afrique, où il reste cinq ans.

La santé se maintient jusqu'en 1855.

Mais en mars 1855 apparaissent des grosseurs aux deux aines.

En juillet, les ganglions maxillaires se prennent.

En janvier 1856 se forment les tumeurs axillaires.

Mullet entre au mois de juin à l'hôpital de Ghelma ; il y reste un mois. Puis il va à celui de Bone, où il séjourne trois mois. A cette époque, la santé de Mullet s'altère et se perd rapidement. Un état cachectique surgit et se prononce de plus en plus. Les tumeurs ganglionnaires vont toujours grossissant.

Alors il revient à Paris, et entre à l'Hôtel-Dieu le 6 novembre. A cette époque, l'état cachectique est très prononcé, les deux membres inférieurs sont œdématisés. Il y a ascite et hypertrophie de la rate ; de plus, il existe une hypertrophie considérable et symétrique des ganglions inguinaux, épitrochléens, brachiaux, axillaires, cervicaux, occipitaux, parotidiens, faciaux, péri-maxillaires, sous-mentonniers droits et gauches.

On donne en vain au malade de l'iodure de potassium et des toniques.

Il succombe le 40 décembre. La mort est due à la compression des bronches par les ganglions bronchiques hypertrophiés, comme l'a prouvé l'autopsie, qui de plus a permis de constater une hypertrophie ganglionnaire générale.

Les ganglions poplités et inguinaux, tous les ganglions abdominaux, tous les ganglions thoraciques, les ganglions épitrochléens, brachiaux, axillaires, les ganglions cervicaux, occipitaux, péri-maxillaires, sont tous hypertrophiés dans les deux côtés du corps.

Cette hypertrophie était considérable ; en effet, nous avons pesé les principales masses ganglionnaires, et voici les poids que nous avons obtenus :

1° Ganglions inguinaux droits, 2,250 grammes.

2° Ganglions inguinaux gauches, 850 grammes.

3° Ganglions hypogastriques, sacrés, iliaques et lombo-aortiques réunis, 3,620 grammes.

4° Ganglions axillaires droits, 500 grammes.

5° Ganglions axillaires gauches, 4 kilogramme.

Ces poids indiquent clairement combien était énorme l'hypertrophie ganglionnaire.

Il y a aussi hypertrophie simple de la rate.

Un point digne de remarque est l'intégrité parfaite de tous les viscères, des vaisseaux, des conduits, en un mot de toutes les parties molles et dures en rapport avec les masses ganglionnaires.

La maladie est parfaitement limitée aux ganglions lymphatiques.

Ces tumeurs, à la coupe, présentent tout à fait l'aspect de l'encéphaloïde en voie de ramollissement; elles donnaient un suc pulpeux, blanchâtre, miscible à l'eau, très abondant. Cependant elles ne sont pas cancéreuses. MM. Robin et Verneuil, deux de nos micrographes les plus distingués, après examen fait, m'ont dit que ces tumeurs étaient uniquement formées par les *cellules ganglionnaires*, que l'on trouve à l'état sain dans les ganglions lymphatiques, et qu'il n'y avait pas le moindre élément cancéreux.

Le sang de ce malade a été examiné par M. Robin, qui l'a trouvé complètement normal.

Il me reste à signaler un dernier fait intéressant : au niveau de la tumeur inguinale droite existait une plaie très curieuse. En effet, elle était le siège d'un écoulement abondant et continu d'un liquide clair, limpide, légèrement citrin, rosé, à peine visqueux, qui fut reconnu pour de la lymphe.

Ce liquide a été analysé par M. le professeur Lassaigne; il a été, de plus, examiné au microscope, qui y a démontré la présence des globules caractéristiques de la lymphe.

27. M. Bonfis présente d'autres pièces sous ce titre : *Péritonite herniaire; taxis forcé, réduction après plusieurs tentatives; péritonite générale; mort.*

La nommée Leblanc, âgée de soixante ans, est entrée salle Saint-Charles, n° 8, le 23 décembre, à dix heures du soir, pour une hernie crurale gauche étranglée.

Voici ce qu'elle raconte :

Cette hernie s'est déjà étranglée une fois, il y a quatre ans. Une opération fut pratiquée pour lever l'étranglement. Mal contenue, la hernie s'est reproduite, mais sans déterminer le moindre acci-

dent ; elle sortait et rentrait sans difficulté. Son volume égalait un œuf de poule.

Le 23 décembre, à huit heures du soir, sans cause connue, la hernie est devenue très volumineuse, dure, tendue, douloureuse. Les selles se sont supprimées, le ventre s'est ballonné, puis les nausées et les vomissements sont survenus. On tente le taxis en ville ; on fait des efforts répétés, et on ne réussit pas.

La malade vient à l'Hôtel-Dieu à dix heures du soir. Nouveau taxis, nouvel insuccès. La malade passe toute la nuit sans dormir, vomissant à chaque instant. Le matin, quelque temps avant la visite, on tente encore le taxis ; on parvient enfin à réduire la hernie.

Le 24, à la visite du matin, nous trouvons la malade dans l'état suivant :

Face grippée et décomposée, anxiété très grande ; pouls petit, filiforme, battant 100 pulsations. Le ventre est tendu, météorisé, douloureux à la pression ; vomissements fréquents. Au niveau de l'anneau crural gauche existe une hernie du volume d'un gros œuf qui se réduit facilement ; après la réduction, on peut pénétrer dans l'anneau, qui admet parfaitement l'extrémité du doigt.

On ordonne un purgatif. Les vomissements continuent. La malade ne va pas à la selle. Elle succombe à deux heures de l'après-midi dans un effort de vomissement.

Autopsie le 26 décembre.

Nous trouvons dans le petit bassin du côté gauche toute une anse de l'intestin grêle présentant une coloration brun chocolat parfaitement accusée. Cette anse a environ 40 centimètres d'étendue ; elle est très près du cæcum.

A ce niveau, les parois intestinales sont épaissies et indurées, elles sont infiltrées de sang ; la muqueuse est fortement congestionnée ; les replis mésentériques correspondants sont épaissis, indurés et infiltrés également de sang.

La tunique péritonéale, à ce niveau, est très injectée, et a contracté des adhérences avec les anses intestinales voisines et avec le péritoine pariétal ; elle est bien évidemment enflammée.

Il existe dans l'intérieur de l'intestin du sang extravasé en assez grande abondance.

De plus, il y a une péritonite générale à la première période ; elle est caractérisée par une vascularisation arborescente très riche

de toutes les anses intestinales ; pas d'étranglement interne.

Le sac herniaire est le siège d'une péritonite herniaire très nette.

Le collet du sac est souple, et admet facilement le pouce.

C'est là un cas très net de péritonite générale survenue à la suite de la réduction d'une anse intestinale herniée et enflammée.

Ce fait vient nous prouver une fois de plus combien il est utile de différencier la péritonite herniaire de l'étranglement ; car le traitement diffère complètement, suivant que l'on a affaire à l'un ou à l'autre de ces accidents.

M. Blot ne pense pas que la péritonite herniaire primitive soit aussi évidente. La longueur de l'anse herniée, l'état de ses parois semblent au contraire prouver qu'il y a eu étranglement, d'autant plus que la coloration foncée est très nettement limitée à l'anse contenue dans le sac. L'anneau peut être très large et néanmoins avoir étranglé l'intestin. Cette hypothèse est d'autant plus admissible, que le paquet intestinal offrait un volume assez considérable. Du reste, on peut admettre que l'étranglement a été secondaire ; mais il n'en a pas moins existé.

18. M. Guyot fait voir un *utérus tordu et antéfléchi*, recueilli chez une fille de vingt-trois ans, morte à la suite d'une pleurésie pour laquelle on a pratiqué la thoracentèse.

La menstruation était régulière ; il n'y avait jamais eu de grossesse. La malade n'avait jamais accusé de douleur du côté des organes génitaux. Le corps de l'utérus offre son volume habituel. Le col, dans sa partie supérieure, est très allongé. Il y a eu en même temps antéflexion et latéroflexion à droite, de sorte que le bord gauche offre une courbure exagérée mais régulière, tandis que le bord droit présente une flexion angulaire. En conséquence de ce double mouvement, la partie supérieure du col est tordue sur son axe.

19. M. Leroy (d'Étiolles) fait voir un *calcul de cystine* extrait par la lithotritie de la vessie d'une femme, et constituant le noyau d'un volumineux calcul de phosphate de chaux.

L'opération a été faite en présence de M. le docteur Martin Damourette, parent de la malade, au sujet de laquelle je ne crois pas nécessaire d'entrer dans de grands détails.

Madame A..., habitant Vouziers, âgée de cinquante-trois ans, est de constitution lymphatique. Il n'y a pas d'antécédents de gravelle ni de pierre dans sa famille. Elle même n'a jamais rendu de calculs ; elle n'a jamais eu d'hématurie que l'on puisse rattacher à une néphrite calculuse : elle a seulement rendu, dit-elle, des urines sableuses.

Deux ans avant l'opération, la malade a souffert dans les reins, et n'a cessé depuis d'y éprouver de la douleur. Elle a, un peu plus tard, ressenti de la pesanteur au périnée ; la miction est devenue difficile, s'est accompagnée de cuisson ; les urines étaient nuageuses et odorantes. Trois mois avant l'opération, la vulve et le haut de cuisse ont été le siège d'un érythème intense causant un prurit insupportable.

La pierre a donné à l'instrument bilabe plus de 7 centimètres d'écartement. Sa grande dureté a forcé d'employer la percussion avec le marteau à détente. Aucun accident fébrile ou inflammatoire n'est venu retarder la marche de l'opération. Les séances ont eu lieu tous les trois jours.

C'est le second calcul de cystine que j'ai l'honneur de montrer à la Société anatomique ; c'est aussi le second que mon père ait eu l'occasion d'observer. Tous deux ont été recueillis chez la femme. Le premier, en présence du professeur Langenbeck (de Berlin), chez une demoiselle vierge âgée de cinquante ans. Il était volumineux et uniquement formé par de la cystine. M. le docteur Ch. Dufour en a fait l'analyse ; il a mis sous les yeux de la Société de la cystine pure et plusieurs de ses combinaisons (p. 553, *Bulletins de la Société*, 1855).

Celui que j'apporte aujourd'hui forme le noyau central d'un calcul très volumineux de phosphate de chaux. Ce noyau de cystine est de la grosseur d'une petite noisette ; il est d'un jaune pâle à l'intérieur, un peu plus dur que le premier ; sa cristallisation est moins rayonnée, et aussi d'un aspect brillant micacé moins caractérisé.

Le calcul de phosphate de chaux qui l'entourait était plus dur que d'habitude. La grosseur remarquable des fragments rendus

me fournit l'occasion de rappeler encore l'étonnante élasticité du canal urétral de la femme, qui permet à des corps étrangers d'un diamètre considérable de le franchir. Cinq séances de lithotritie, en comptant la dernière, presque négative, ont suffi pour débarrasser cette dame de la totalité de ses fragments : cela donne l'idée de l'énorme quantité qu'elle a dû rendre après chaque séance.

L'analogie de la composition de la cystine avec l'acide urique, la présence de cette substance dans l'urine contenue dans les cavités du rein aussi bien que dans la vessie, ont fait supposer qu'elle existait toute formée dans le sang, et que le rein était chargé de l'éliminer. On peut admettre que les calculs de cystine prennent le plus souvent naissance dans le rein. Il est probable aussi qu'un calcul étant descendu du rein, l'agglomération du sable cystique s'opère dans la vessie, ainsi qu'on l'observe pour les calculs formés d'acide urique.

Dans l'exemple que je relate, l'existence de ce noyau de cystine au centre d'un calcul de formation secondaire permet d'affirmer avec quelque raison qu'il est descendu tout formé du rein. Sa présence dans la vessie a déterminé une inflammation de la muqueuse, l'alcalinité de l'urine, et, partant, le dépôt des phosphates et des carbonates.

Le calcul de la première malade était volumineux et uniquement formé de cystine ; on ne pouvait trouver de noyau central distinct du reste de la masse cristalline. Faut-il en conclure que, chez cette femme, le corps étranger avait pris naissance dans la vessie ? Il est difficile de se prononcer. La cristallisation rayonnante de la cystine, allant du centre à la circonférence, ne permet pas de distinguer le noyau central, ainsi qu'on l'observe journellement pour les calculs d'acide urique, dont le noyau central, descendu du rein, est toujours distinct de la masse, dont on ne peut, en outre, compter les couches successives plus ou moins épaisses qui se sont ajoutées dans la vessie (4).

Je terminerai ma communication par un mot de statistique. La pierre est rare chez la femme, environ 3 pour 100, si j'en juge

(4) On peut, à volonté, chez un calculeux, faire varier la nature et l'épaisseur des couches du calcul, d'après le régime et les boissons qu'on lui fait prendre. A Vichy, j'ai pu m'assurer du fait dans plusieurs occasions.

d'après la pratique que j'ai sous les yeux. Mon père a opéré trente et quelques femmes, sur un nombre de pierres qui dépasse neuf cents. Ce chiffre de trente femmes affectées de la pierre, tout minime qu'il soit, a surpris M. Ad. Richard. Il croit la pierre encore plus rare chez la femme, s'il s'en rapporte seulement au nombre de calculeux qu'a observés M. Civiale.

Les calculs de cystine ne seraient pas très rares chez la femme : deux calculs sur trente. On ne peut cependant, à cet égard, émettre un jugement qu'en présence d'un plus grand nombre de faits.

M. Dufour et moi, nous avons fait séparément l'analyse de ce calcul, et nous nous sommes assurés qu'il est bien formé de cystine.

DEUX ABCÈS DU CERVEAU AVEC RAMOLLISSEMENT ROUGE SITUÉS DANS
LES CIRCONVOLUTIONS AU-DESSUS DU CENTRE OVALE. — Observa-
tion par M. le docteur GOUPIL.

Un homme âgé de trente-sept ans, cocher, est apporté le 12 décembre à la Pitié dans le service de M. le docteur Bernutz. Ses camarades, qui l'ont amené à l'hôpital, donnent les renseignements suivants : Ordinairement d'une bonne santé, bien qu'un peu adonné à l'ivrognerie, il était mal à l'aise depuis trois jours, se plaignant d'un mal de tête continuel, ayant par moments des sortes de vertiges pendant lesquels il devenait pâle et perdait presque complètement connaissance ; une fois même, le 11 au soir, il a été, devant ses camarades, pris subitement de vertige, est tombé brusquement en grinçant des dents, ayant un peu d'écume à la bouche et les membres étant agités de très petits mouvements convulsifs ; puis, après quelques minutes, il s'est relevé et n'a ressenti que la céphalalgie, dont il se plaignait auparavant ; jamais, au dire du malade ni de ses camarades qui sont avec lui depuis longues années, cet accident ne lui était survenu. Le 12 au matin, il était auprès de sa voiture quand brusquement il est tombé sans se débattre, sans même avoir complètement perdu connaissance ; il dit lui-même qu'il n'avait été que légèrement étourdi ; mais en cherchant à se relever, il ne put se soutenir sur son bras ni sur sa jambe gauche, et ses camarades s'aperçurent dès ce moment que sa parole était embarrassée et difficilement intelligible. Apporté

peu après à l'hôpital, il eut encore dans la journée une attaque épileptiforme de courte durée, complètement semblable, au rapport de la religieuse, à celle qu'il avait eu le 44 au soir, et, comme elle, ne présentant nullement la période de stertor. Le 43 au matin, nous le trouvons dans l'état suivant : C'est un homme bien constitué, fortement musclé et d'assez haute taille ; sa face, un peu pâle, présente l'aspect spécial de la paralysie faciale du côté gauche, aspect qui s'exagère encore quand on fait parler le malade ; le bras gauche est pendant le long du corps et immobile comme la jambe ; des mouvements légers s'exécutent cependant, mais difficilement et lentement, sans soulever le membre du plan sur lequel il repose, lorsque l'on pique ou pince le malade, et il est alors facile de constater que la sensibilité est parfaitement conservée dans tout le côté gauche ; l'intelligence est assez nette, bien qu'un peu lente, et vite fatiguée par les questions, la mémoire étant très affaiblie ; la parole, bien que difficile, est encore possible ; le malade se plaint d'une douleur continue au sommet de la tête et à droite, point où il porte constamment la main ; la langue est humide, la soif modérée, l'appétit nul ; la peau est d'une chaleur normale ; le pouls, régulier dépressible, donne 64 pulsations par minute ; mais depuis l'entrée, les selles et les urines sont rendues involontairement, bien que le malade paraisse sentir lorsqu'il est mouillé par ses excréments.

On prescrit l'émétique en lavage.

Le lendemain, la paralysie devient plus complète, la parole plus difficile ; la sensibilité est encore conservée et l'intelligence s'obscurcit, les symptômes vont progressivement en augmentant, et, le 46, la face devient livide, la respiration stertoreuse, toute la poitrine fait entendre à l'auscultation des râles ronflants et muqueux dans la moitié inférieure ; on ne peut obtenir du malade ni signe ni réponse ; seulement, il porte fréquemment la main droite au sommet de la tête du côté droit. La paralysie du mouvement semble complète, mais la sensibilité est conservée, et le malade cherche à éloigner avec la main droite l'objet qui lui fait ressentir quelque douleur ; pas de délire ; diarrhée toujours abondante et involontaire. Le 47, la respiration devient trachéale, l'engouement pulmonaire augmente, et le malade semble près de la mort, quand le 48 au matin une rémission très évidente se montre dans tous

les symptômes : le malade peut prononcer quelques mots, il cherche à répondre aux questions très simples qu'on lui adresse ; la sensibilité est toujours conservée à gauche, et, de plus, quelques mouvements très bornés peuvent être effectués par le bras gauche ; mais cette rémission n'est que de courte durée, la parole devient difficile le 19 ; le malade exhale une odeur de souris tout à fait analogue à celle que répandent certains individus atteints de fièvre typhoïde ; la respiration devient stertoreuse dans la journée, et la mort arrive sans secousses ni convulsions le 19 au soir.

L'autopsie est faite quarante heures après la mort, par un temps froid et humide.

Le cadavre, bien conservé, d'un embonpoint médiocre, exhale une odeur très prononcée (odeur dite de souris), qui déjà existait pendant la vie, et dont tous les organes, même le cerveau, sont imprégnés.

La face est pâle, jaunâtre, sans bouffissure et sans injection ou dilatation des vaisseaux, et en particulier de ceux des lèvres, qui sont pâles. Le cuir chevelu est sain, sans injection notable ; les os sont sains.

Au contraire, la face externe de la dure-mère est sillonnée d'une multitude de vaisseaux d'un volume double au moins de celui qu'ils présentent à l'état normal, et qui sont distendus par un sang noir, liquide. Cette dilatation vasculaire est surtout marquée le long du bord droit du sinus longitudinal supérieur, où elle forme même, dans un point à peu près correspondant à sa partie moyenne (2 centimètres en arrière du milieu mathématique), une sorte de plaque variqueuse de l'étendue à peu près d'une pièce de deux francs, constituée par les anastomoses des vaisseaux de l'hémisphère, en ce point plus pressés encore que dans toutes les autres parties.

Dans le point correspondant à cette plaque variqueuse de la face externe de la dure-mère, l'arachnoïde, dont la grande cavité est saine dans tout le reste de son étendue, offre une adhérence intime du feuillet pariétal au feuillet viscéral, adhérence formée par une substance glutineuse, cédant à la moindre traction, et en tout semblable à celle qu'on trouve interposée entre les anses intestinales à la suite d'une péritonite aiguë.

La pie-mère est infiltrée d'une sérosité opaline dont la teinte est plus louche sur l'hémisphère droit, surtout au pourtour de la lé-

sion, au-dessus de laquelle nous avons trouvé superposées l'adhérence arachnoïdienne et la plaque variqueuse de la dure-mère. Cette partie de l'hémisphère cérébral, plus saillante, plus bombée que les circonvolutions voisines qui sont tassées les unes contre les autres, semble, par la teinte grise verdâtre qu'elle présente, être frappée de sphacèle. Cette voussure, d'un aspect gangréneux, d'une forme irrégulièrement ovale, s'étendant du bord interne de l'hémisphère un peu obliquement en avant, offre 4 centimètres de diamètre dans le sens transversal, tandis que le diamètre antéro-postérieur mesure seulement 23 millimètres dans la partie la plus large, assez rapprochée du bord interne. Le doigt, appliqué sur cette partie, y sent une fluctuation des plus manifestes, déterminée par la présence d'un pus crémeux, mais d'une teinte jaune verdâtre sale, bien homogène, sans grumeaux, et dont la quantité peut être évaluée au deux tiers environ d'une cuillerée ordinaire. Ce pus, d'une odeur nauséuse toute particulière, est contenu dans une cavité irrégulièrement sphéroïdale, étranglée dans sa partie moyenne par une arête de la face profonde, qui paraît le point de réunion des deux plans concaves qu'elle présente. Cette cavité, d'une profondeur de 2 centimètres, est tapissée par une membrane molle, de 4 millimètre d'épaisseur à peu près, tomenteuse du côté de la surface cavitaires, et offrant tous les caractères d'une membrane pyogénique de date assez récente, fournie dans les trois quarts de son étendue par le tissu cérébral, dont on ne peut la séparer par la traction, et semblant dans l'autre part constituée par la pie-mère, au-dessus de laquelle on trouve l'arachnoïde viscérale, mais qui peut être détachée de cette sorte de muqueuse pathologique.

Le tissu cérébral, qui fournit cette enveloppe celluleuse offrant un piqueté considérable, a sa consistance et sa coloration normale, excepté dans deux points que nous allons étudier :

L'un, répondant à peu près à l'arête de la face inférieure, ayant environ 8 millimètres d'étendue dans tous les sens, d'une teinte lilas violacé à peu près uniforme, offre une résistance plus grande que celle du tissu cérébral sain, élastique, et pouvant être comparée à celle du caoutchouc ramolli à une douce chaleur. Un filet d'eau projeté sur ce point ne détache aucune particule cérébrale du tissu, qui paraît plus lisse et plus compacte que les parties voisines.

De la face inférieure de cette sorte d'induration cérébrale part le sommet d'un second abcès d'une forme assez régulièrement ovulaire et du volume d'une petite aveline, dont l'axe principal, dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, forme, avec l'axe de l'abcès précédent, un angle obtus à sinus ouvert en bas, en dehors et en avant.

Cet abcès, rempli comme le premier d'un pus homogène, crémeux, verdâtre, est limité par une membrane pyogénique assez épaisse, mais dont l'organisation semble faire croire qu'il est de date un peu plus récente que le premier. Cet abcès est de toutes parts enveloppé par la substance cérébrale blanche, qui est saine, sauf la partie qui sépare les deux abcès et que nous avons déjà décrite, et sa base, qui est la partie la plus inférieure, vient juste aboutir à la coupe destinée à montrer le centre ovale de Vieussens.

Cette même coupe amène sur la partie inférieure de la troisième lésion que présente cet hémisphère droit, lésion constituée par un ramollissement rouge. Ce ramollissement pulpeux, dont le moindre filet d'eau désagrége les parties, rappelle par sa coloration la couleur d'une grosse fraise, dont il offre à peu près le volume. D'une consistance moindre et d'une coloration plus vive dans sa partie centrale, il se confond sur ses bords avec le tissu cérébral sain, dont il se sépare toutefois, sans démarcation nette, par une zone de ramollissement blanc.

Cette zone, plus épaisse surtout à la partie supérieure, vient aboutir à la corne antérieure du premier abcès.

Tout le reste de cet hémisphère, et en particulier le corps strié et la couche optique, était sain, sauf un pointillé excessivement considérable; le ventricule latéral de ce côté était moins étendu qu'à l'état normal, ce qui tranchait avec celui du côté opposé, qui, au contraire, était dilaté et contenait une sérosité assez abondante.

L'hémisphère gauche, cervelet, protubérance, moelle allongée, n'offraient qu'une notable injection; les vaisseaux de la base du cerveau étaient sains; le commencement de l'aorte était sain; le cœur, du volume du poing du sujet à peu près, n'offrait aucune lésion de ses orifices; le cœur droit était complètement rempli par un caillot ferme, glutineux à sa surface. Dans le cœur gauche, au contraire, on ne trouvait qu'une petite quantité de sang liquide. Le tissu du ventricule gauche, d'une teinte brunâtre, offrait une

diminution de cohésion telle, qu'il pouvait se déchirer facilement comme dans une sorte de ramollissement.

Les poumons n'offraient pas un seul tubercule ; la partie inférieure de chacun d'eux, d'un rouge acajou (sorte d'infiltration apoplectiforme), laissait échapper à la pression une sérosité sanguinolente, spumeuse ; la moindre pression faisait pénétrer le doigt dans ce tissu splénisé, mais qui cependant surnageait quand on le plaçait dans l'eau.

Ce fait m'a paru digne de vous être présenté, d'abord parce que les exemples d'abcès du cerveau survenus spontanément sont assez peu fréquents, et ensuite parce que, si l'on rapproche l'histoire de ce malade des observations 23 et 24 de la troisième lettre de Lallemand sur les maladies de l'encéphale, on trouve dans les symptômes une similitude assez notable pour qu'il devienne possible d'expliquer parfaitement les divers phénomènes présentés par notre malade, en les rapprochant des lésions observées après la mort.

On sera alors porté à rapporter à chacune des attaques épileptiformes la formation des deux abcès du cerveau ; à la chute brusque, avec hémiplegie gauche, le ramollissement rouge trouvé dans l'hémisphère droit ; et la rémission notable des symptômes, peu avant la mort, au moment où le pus a été réuni en foyer. Et si, dans ce cas, les mouvements convulsifs ont été très marqués au début, contrairement à ce que l'on observe ordinairement dans les abcès du cerveau, cette particularité nous paraît facilement explicable par le siège même de l'un des abcès cérébraux placé sous la pie-mère elle-même, et ayant déterminé une adhérence de l'arachnoïde et une vascularisation notable des parties voisines.

De plus, dans ce fait comme dans la plupart de ceux rapportés par Lallemand, nous n'avons observé ni fièvre, ni délire, ni agitation ; en un mot, les symptômes étaient presque ceux du ramollissement simple.

Enfin un fait rare et fort remarquable, c'est que, ainsi que dans la 22^e observation de Lallemand, empruntée à M. Vaidy, on a constaté l'intégrité des fonctions intellectuelles pendant tout le cours de la maladie, jusqu'à la période de coma qui a précédé la mort.

TUMEUR A MYÉLOPLAXES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, par Eugène NÉLATON, interne des hôpitaux.

Au mois d'avril 1886, le nommé Boussuge, employé, âgé de vingt ans, se présenta à l'hôpital des Cliniques, portant à la partie la plus interne de la fosse canine du côté gauche, au-dessous de la base de l'apophyse montante, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, arrondie, indolente, très dure vers sa base, qui paraissait faire corps avec le maxillaire supérieur, et un peu plus souple, plus élastique à son sommet, où l'on sentait même une sorte de fluctuation ; une ponction exploratrice n'avait cependant donné issue qu'à quelques gouttes de sérosité sanguinolente. La tumeur, recouverte de téguments intacts et parfaitement mobiles au-devant d'elle, fait une légère saillie dans le cul-de-sac supérieur de la muqueuse buccale, à 8 ou 10 millimètres du bord festonné de la gencive ; elle fait une saillie plus forte dans la fosse nasale correspondante, ainsi qu'à la partie la plus interne de la joue, où elle soulève assez fortement l'aile du nez ; c'est même cette dernière déformation, cette projection de l'aile du nez en avant, qui donne à la physionomie un aspect particulier et en quelque sorte spécial à ces sortes de tumeurs.

Pour ménager les dents incisives déjà un peu ébranlées, et surtout l'os maxillaire supérieur, M. le professeur Nélaton crut devoir se borner à inciser la tumeur par la muqueuse buccale ; à enlever par fragments toutes les portions de son tissu friable qui étaient accessibles au doigt introduit par cette voie, et enfin à cautériser énergiquement au fer rouge, et par la même voie, toutes les portions restées adhérentes aux parois de l'excavation.

Les suites de cette opération furent très simples ; un mois après, le malade sortait en apparence guéri.

Trois mois après sa sortie, la déformation de la face commença à reparaitre.

Au mois de novembre de la même année, ce malade rentra à l'hôpital avec une reproduction complète de la tumeur, qui était même plus volumineuse que la première fois, et obstruait, remplissait complètement d'avant en arrière la fosse nasale correspondante ; du reste, même consistance, même indolence que la première fois ; épiphora par compression du canal nasal.

M. le proesseur Nélaton se décida cette fois à sacrifier l'os maxillaire supérieur ; il en fit l'ablation complète le 3 décembre 1856.

La dissection et l'étude attentive de la pièce anatomique m'a permis de constater plusieurs particularités intéressantes sur la structure, le mode de développement, et surtout le siège d'élection, le point d'origine, de ces tumeurs bien singulières, que j'ai pu saisir en quelque sorte à leur début.

La tumeur, examinée extérieurement, offre le volume d'un gros œuf de poule, une forme irrégulière, une surface bosselée, comme formée par l'agglomération de plusieurs lobes ; son tissu, d'un rouge brun assez uniforme, est dense, coriace, élastique, ne pouvant guère être mieux comparé qu'au tissu du foie d'un fœtus, ou mieux encore à la substance d'un rein fortement congestionné ; elle remplit complètement la fosse nasale, coiffée en quelque sorte par la membrane de Schneider et par la substance osseuse des cornets, qui sont pour la plupart déformés, amincis, et même complètement résorbés dans une grande partie de leur étendue. Un des lobes de la tumeur remplit la cavité du sinus maxillaire, non pas en y pénétrant directement par perforation, mais en refoulant la muqueuse doublée d'une lamelle osseuse très appréciable, ce qui montre bien que la tumeur a débuté en dehors de la cavité du sinus dont elle a dédoublé la paroi antérieure.

En divers points de cette masse charnue et au sein même de sa substance, on remarque quelques cavités kystiques, tapissées d'une fausse membrane lisse, blanchâtre, très résistante, et contenant simplement de la sérosité sanguinolente.

En cherchant à découvrir le point d'implantation de la tumeur dans la région où on l'a vue débiter, c'est-à-dire au-dessous des racines des dents antérieures, on reconnaît qu'elle se rattache à cette région par deux pédicules représentant très probablement deux tumeurs primitivement distinctes, et s'étant réunies plus tard par suite de la formation du tissu cicatriciel qui a succédé à la cautérisation ; il est difficile d'expliquer autrement les choses ; car ces deux pédicules sont séparés l'un de l'autre par un espace d'au moins 4 centimètre ; l'un d'eux, le plus interne, le moins volumineux, offrant à peine un demi-centimètre de diamètre, est conoïde, et logé dans une excavation osseuse, infundibuliforme, à

sommet inférieur, située précisément en arrière de la racine de la première incisive, excavation dont les parois, parfaitement saines, sont minces, régulières, finement spongieuses, et formées par un simple refoulement de la substance osseuse ; le tissu de la tumeur n'adhère à ces parois osseuses que par une foule de petits tractus blanchâtres et très déliés, que l'on déchire facilement à l'aide d'un instrument mousse, ce qui permet une énucléation assez prompte et aussi complète que possible. L'autre pédicule, aplati et plus volumineux, offre 4 centimètre et demi de largeur sur 7 à 8 millimètres d'épaisseur ; il est situé au-devant des racines des deux petites molaires dans une excavation osseuse incomplète, continuée et remplacée en avant par le périoste de la fosse canine.

Enfin, entre ces deux cavités osseuses représentant les deux points d'implantation de la tumeur extérieure, on remarque, et c'est là le point le plus curieux de cette pièce en même temps que que le plus inattendu, on remarque, dis-je, une de ces tumeurs à son début, c'est-à-dire à peine du volume d'une petite noisette et encore complètement enfermée dans la coque osseuse qu'elle a produite en se développant ; cette petite tumeur sphéroïde, logée immédiatement en arrière des racines de la deuxième incisive, de la canine et de la première petite molaire, est facilement énucléable, comme les deux autres, dont elle offre, du reste, tous les caractères, si ce n'est une coloration un peu moins foncée, tirant un peu sur le gris ; elle envoie un prolongement dans l'épaisseur de la petite masse osseuse qui sépare la deuxième incisive de la canine.

La substance de ces tumeurs, étudiée au microscope par M. Robin, se trouve constituée, comme il l'a plusieurs fois observé, par la multiplication exagérée d'un des éléments de la moelle des os, c'est-à-dire par des plaques à noyaux multiples, par des *myéloplaxes* reliés entre eux par quelques rares éléments fibroplastiques, quelques fibres celluleuses et une certaine quantité de vaisseaux sanguins.

Kyste dentaire du maxillaire supérieur, par Eugène NÉLATON, interne des hôpitaux.

Le 27 novembre 1856, la nommée Devaux, jeune fille de seize ans, entre à l'hôpital des Cliniques.

Elle porte au-devant du maxillaire supérieur droit et faisant corps avec lui, une tumeur arrondie, grosse comme un petit œuf de pigeon, située précisément à la partie inférieure et interne de la fosse canine ; cette tumeur est recouverte de téguments parfaitement sains et mobiles ; elle est indolente, elle repousse l'aile du nez en avant, et fait saillie dans le cul-de-sac supérieur de la muqueuse buccale, ainsi qu'à la joue correspondante, mais nullement dans la fosse nasale ; sa dureté est osseuse à la base, mais le sommet, que l'on peut atteindre en explorant par la muqueuse, est un peu moins résistant, et se laisse quelque peu déprimer, en donnant la sensation du craquement de parchemin.

Cette tumeur a débuté, dit la malade, il y a dix-huit mois, après l'avulsion de la dent canine alors douloureuse ; toutes les autres dents existent à leur place ordinaire ; seulement, les deux petites molaires droites sont cariées ; on en fait l'extraction, ainsi que de la deuxième incisive, avant de pratiquer l'opération.

La gencive dépourvue de la dent canine forme à ce niveau un bourrelet assez volumineux et très dur, simulant une exostose du bord alvéolaire, et paraissant se continuer avec le reste de la tumeur située au-dessus.

Le 5 décembre 1856, M. Nélaton, pensant bien avoir affaire à une tumeur de même nature que celle qu'il venait d'opérer deux jours auparavant, se proposait d'en pratiquer l'énucléation, démontrée possible par l'examen de la pièce anatomique ; et pour arriver à la faire convenablement à ciel ouvert, d'une manière complète et fructueuse, il pratiqua la résection d'une petite partie du maxillaire, comprise dans l'intervalle de la première incisive droite et de la deuxième fausse molaire, de façon à enlever ainsi une bonne portion de la loge osseuse, ainsi que la tumeur qu'elle renfermait, et qu'il entraîna facilement avec elle ; les manœuvres d'énucléation ne furent nullement nécessaires. Le reste de la coque osseuse se trouvait ainsi complètement évacué, et sans aucune parcelle de tissu altéré.

La tumeur, encore adhérente à la portion osseuse enlevée, fut soumise à une dissection minutieuse.

Au centre est une substance toute particulière, d'un gris jaunâtre, granuleuse, molle, sans aucune cohésion, qui compose à peine la moitié de la masse de la tumeur; cette substance est formée par une multitude de petits grains visibles à l'œil nu, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'à une agglomération de très petits œufs de poisson en partie désagregés; cette matière, constituée microscopiquement par une accumulation de petites cellules d'épithélium polyédrique à noyau, se trouve enveloppée, enkystée dans une poche cellulo-vasculaire molle, flasque, infiltrée de sérosité sanguinolente d'une épaisseur de 1 à 3 millimètres, suivant le point que l'on considère, et composant au moins la moitié de la masse de la tumeur; la matière grenue adhère à peine à la face interne et tomenteuse de cette enveloppe; dans l'épaisseur des parois de cette même enveloppe, qui adhère elle-même très faiblement à la cavité osseuse, et qui se continue en bas avec le tissu gingival, dans leur épaisseur, dis-je, mais très près de leur surface externe, on parvient à disséquer et à suivre huit petits cordons plus résistants, jaunâtres, cylindriques, de 1 à 3 millimètres d'épaisseur, dirigés de haut en bas, renflés vers le milieu de leur longueur, renfermant même quelquefois de petites concrétions ossiformes. Ces petits cordons dérivant tous d'un pédicule commun, épanouis comme une sorte de bouquet, divergent autour du kyste membraneux, ont tout à fait l'apparence des follicules dentaires en voie de développement, et ce qui donne encore plus de poids à cette interprétation, c'est la présence d'une dent canine, très bien conformée et de volume normal, renfermée tout entière dans la paroi postérieure du kyste membraneux, canine dont la couronne se trouve logée dans une petite cavité séreuse spéciale, tandis que sa racine se continue avec trois de ces organes cylindroïdes, que nous croyons pouvoir regarder, à bon droit, comme des cordons dentaires; les cinq autres cordons se continuent en bas avec un petit filament fibreux qui va se perdre dans le tissu gingival, et représente très bien le *gubernaculum dentis* de M. Serres.

La coque osseuse qui renferme la tumeur est parfaitement indépendante du sinus maxillaire, dont elle a refoulé la paroi, comme il a été facile de le constater pendant l'opération; sa partie la plus

déclive est ouverte à la manière d'un alvéole ; c'est par cette voie que la membrane du kyste se continue insensiblement avec la gencive ; sa partie la plus amincie est en avant, et offre à peine un demi-millimètre d'épaisseur, c'est elle qui, même avant l'opération, pouvait être affaissée par la pression du doigt.

Le tissu de la gencive est épaissi, induré, mais ne recouvre aucune trace d'exostose.

Cette tumeur paraît donc être un kyste dentaire, c'est-à-dire formé par le développement exagéré de la cavité d'un follicule dentaire, qui se serait rempli de cellules épithéliales sécrétées incessamment à sa face interne.

Il resterait à donner une interprétation de ce grand nombre de petits follicules dentaires en voie de développement que l'on observe dans la même cavité osseuse et autour de l'organe hypertrophié.

Est-ce là un cas de dentition multiple dans un même alvéole, alvéole qui se serait agrandi considérablement par suite du développement de son contenu, de manière à constituer ainsi lui-même la coque osseuse ouverte en bas, où se trouve enfermée aujourd'hui la tumeur ?

MAL DE POTT. INFILTRATION TUBERCULEUSE DES OS. — PHTHISIE PULMONAIRE. — Observation recueillie par M. SECOND-FÉREOL, interne des hôpitaux.

Le 2 juin 1856, entre dans le service de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis, une femme âgée de vingt et un ans, atteinte de phthisie pulmonaire très avancée et dans un état de faiblesse et de cachexie extrême. L'auscultation fait entendre sous la clavicule droite un souffle caverneux très fort et étendu aux trois premiers espaces intercostaux, avec gargouillement. Il y a de la matité avec de gros craquements humides sous la clavicule gauche. Diarrhée depuis plusieurs jours ; fièvre continue avec petitesse du pouls et sueurs pendant le sommeil. Cette malade porte en outre, au niveau des dernières vertèbres dorsales, à droite des apophyses épineuses, deux orifices fistuleux qui donnent issue à un pus séreux, verdâtre, peu abondant ; les orifices, du diamètre d'une pièce de 20 cen-

times, traversent une peau flasque et décollée; le décollement remonte même très haut, et une sonde de femme y disparaît tout entière jusqu'au niveau des premières vertèbres dorsales; à ce point, on sent un cul-de-sac, mais on ne rencontre point d'os dénudé. A peu près au niveau des orifices fistulaires, un peu au-dessous, on remarque la saillie d'une apophyse épineuse qui forme gibbosité en arrière, et qui paraît appartenir à la dernière dorsale ou à la première lombaire. La malade éprouve une grande faiblesse et se plaint de souffrir de tout le corps, principalement du dos, du ventre et de la matrice. Les jambes peuvent être remuées et soulevées, mais avec de grandes douleurs; elles sont un peu œdématisées; le cœur bat normalement. Le visage est œdématisé, pâle et les lèvres un peu violettes; il y a deux gros ganglions de chaque côté dans les régions sous-maxillaires, et plusieurs sur les côtés du cou. La malade reste constamment couchée sur le côté droit, tousse beaucoup et crache peu; la toux est grasse et profonde, les crachats verdâtres et puriformes.

Dans l'état de souffrance où elle se trouve, il est impossible d'obtenir d'elle aucune réponse suivie; au bout de quelques instants, elle se met à gémir, à pleurer, et dit qu'elle ne sait rien.

Voici les antécédents fournis par la personne chez qui cette fille servait comme domestique, et qui remontent à une année.

Vers cette époque, cette fille, qui, bien que petite et assez maigre, était très alerte et paraissait d'une bonne santé, s'aperçut que sa taille se déformait et se courbait un peu en avant. Cependant, comme elle était fort courageuse, elle ne se plaignait point, et continuait son service, qui la forçait parfois à porter de très lourds fardeaux sur les épaules (des sacs de légumes). Vers le même temps, elle devint grosse; puis, en février dernier, elle eut une fièvre typhoïde fort grave, pour laquelle elle entra dans un des hôpitaux de Paris.

Elle en sortit il y a un mois; et à ce moment sa maîtresse remarqua qu'elle marchait tout d'une pièce et le haut du corps courbé en avant. Cependant elle faisait son service; mais elle toussait et avait l'air souffrant.

Quinze jours après, elle alla accoucher à l'hôpital Cochin. L'accouchement fut pénible: on fit une version, et l'enfant mourut. Neuf jours après, la malade rentra chez ses maîtres; mais elle fut

obligée de se coucher immédiatement, et ceux-ci, effrayés de voir les progrès de la maladie, la firent entrer à l'hôpital.

On prescrit : Tisane de mauve sucrée ; huile de foie de morue, 3 cuillerées ; vin de quinquina, 450 ; julep diacodé.

Les jours suivants, l'état de la malade empire ; elle se plaint de souffrir dans le ventre : celui-ci n'offre point de ballonnement ; la sonorité est bonne partout. Il y a une vaginite fort intense, avec boursoufflement de la muqueuse au méat urinaire et rétention d'urine. Le cathétérisme, très douloureux, donne issue à un litre d'urine d'un brun foncé, un peu trouble à la fin, mais qui ne contient point d'albumine. M. Cazenave prescrit un cataplasme sur la vulve et un bain simple. Ce bain paraît apporter du soulagement à la malade, qui demande qu'on le réitère les jours suivants.

Mais la faiblesse augmente de jour en jour ; la malade tombe dans un demi-sommeil, interrompu par des cris et des plaintes presque continuels, et meurt dans cet état, le 17 juin au matin.

Autopsie. — Énorme caverne dans le lobe supérieur du poumon droit ; masses tuberculeuses jaunâtres disséminées dans le lobe supérieur du poumon gauche. Gros et nombreux ganglions bronchiques, remplis de matière tuberculeuse.

Cœur volumineux, un peu hypertrophié.

Le foie, très volumineux, est uni au diaphragme de tous côtés par de très nombreuses et solides adhérences ; il est brun et non graisseux.

La vésicule biliaire, très petite, à parois très épaisses, porte au voisinage de son col une sorte d'appendice sacciforme, dont la paroi, très mince, transparente, semble constituée uniquement par le péritoine ; et au-dessus de cette enveloppe, très distendue, on aperçoit un calcul verdâtre gros comme une noisette. Cette enveloppe se crève dans les manœuvres faites pour enlever le foie, et l'on voit alors que la cavité où le calcul se trouvait enchatonné communique avec le corps de la vésicule par une ouverture moins large que la cavité du sac, mais pouvant admettre facilement une sonde d'un très gros calibre. Le calcul est unique ; il est irrégulièrement ovalaire, et formé de petits cristaux verdâtres étagés en tablettes ; sa densité est à peine plus forte que celle de l'eau ; sa consistance est celle d'une cire un peu dure, qui cède en l'écrasant sous l'ongle.

Les reins, les capsules surrénales, le pancréas et la rate n'offrent rien à noter.

Ganglions mésentériques volumineux, les uns rouges, les autres blancs, quelques-uns infiltrés de matière tuberculeuse; petites granulations tuberculeuses disséminées çà et là sous le péritoine, notamment autour du cæcum.

Ulcérations intestinales assez nombreuses et profondes à la fin de l'iléon et dans le gros intestin.

La fosse iliaque droite est remplie par un vaste abcès situé dans l'intérieur de la gaine du muscle psoas iliaque, se terminant inférieurement en pointe au niveau du canal crural, sans pénétrer dans la gaine des vaisseaux fémoraux, se renflant au niveau de la fosse iliaque, puis se rétrécissant de nouveau pour passer sous l'une des insertions du muscle psoas à la colonne vertébrale, et aller aboutir, par un goulot qui admet à peine l'introduction du petit doigt, dans une cavité anfractueuse creusée aux dépens des deux premières vertèbres lombaires. Les fibres du muscle psoas sont écartées, amincies, comme diminuées de nombre et de volume; elles sont pourtant en dehors de l'abcès, qui est enkysté dans une enveloppe membraneuse très épaisse au niveau du collet, mais devenant assez mince dans la fosse iliaque. Cette première enveloppe est tapissée, à l'intérieur, d'une membrane très mince, comme séreuse, qui se lève très facilement en larges lambeaux, et qui, sur plusieurs points, est tapissée de petites granulations grises, grosses comme une tête d'épingle, et ressemblant aux granulations de la méningite tuberculeuse. Cette poche renferme un liquide épais, blanc jaunâtre, caillé, comme une bouillie très claire, et dont on évalue la quantité à 700 ou 800 grammes. Ce liquide renferme une grande quantité de grumeaux blanchâtres; si on le frotte entre les doigts, on y sent une sorte de poussière raboteuse, de petits graviers anguleux et durs; on y trouve même de petits séquestres osseux très évidents.

Les trois premières vertèbres lombaires et les cinq dernières dorsales, avec leurs côtes à une distance de 5 centimètres de chaque côté, étant enlevées, la dissection de cette pièce révèle ce qui suit :

1° Le décollement faisant suite aux fistules dorsales, exploré pendant la vie, remonte jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, où il se termine en cul-de-sac. Il forme une cavité allongée, ayant trois travers de doigt en largeur, et tapissée par une

membrane fibreuse fort épaisse. Le véritable trajet fistuleux s'enfonce dans la masse sacro-lombaire, et va aboutir à un petit clapier situé au voisinage de la douzième vertèbre dorsale entre les onzième et douzième côtes droites. Ce clapier est formé par une sorte de détritux pulpeux d'une couleur grisâtre, déposé comme une membrane tomenteuse à la surface des os. La pulpe enlevée, on trouve les os érodés, sans trace de périoste et sans injection vasculaire. L'une de ces érosions siège à la face postéro-inférieure de la onzième côte, un peu en avant de son articulation avec l'apophyse transverse correspondante; elle est arrondie, d'un diamètre de 0,04, et forme dans l'épaisseur de la côte une sorte d'encoche de 0,006 à 0,007 de profondeur.

L'altération de la douzième côte et de la vertèbre correspondante paraît devoir être décrite ainsi qu'il suit : La tête de la côte a complètement disparu, et il ne reste plus de son col qu'une mince lamelle creusée intérieurement en gouttière et s'articulant en arrière, au point normal, avec l'apophyse transverse. La facette articulaire de la vertèbre qui correspond à la tête de la côte est encore reconnaissable au soulèvement de son pourtour; mais elle ne présente plus trace de cartilage articulaire, et sa surface, creusée en cupule, est érodée. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est une espèce d'arc osseux, à concavité antérieure, jeté entre le vestige de la côte et la vertèbre. Cet arc forme une espèce de col et de petite tête assez difformes surajoutés à cette côte, et vient s'articuler près du bord supérieur de la vertèbre, bien en avant de la véritable facette articulaire détruite. Cette sorte de stalactite osseuse mesure 0,025 en longueur, 0,006 en hauteur, 0,002 à 0,003 en épaisseur. Son tissu est blanc et tout à fait distinct du tissu de la véritable côte; il est lisse et ébourné sur sa face convexe; il est au contraire inégal et érodé sur sa face postérieure et concave qui faisait partie du clapier purulent.

2° L'abcès de la fosse iliaque communique avec une cavité anfractueuse formée aux dépens des deux premières vertèbres lombaires. Dans cette cavité on sent plusieurs séquestres complètement isolés : l'un d'eux, assez volumineux, forme une lamelle irrégulière de 0,003 à 0,005 d'épaisseur, sur 0,02 de longueur et 0,045 de largeur. Son tissu est blanchâtre, très dur, et formé de lamelles spongieuses qui paraissent épaissies et comme ébournées.

Une coupe des vertèbres est pratiquée dans le sens antéro-postérieur jusqu'au canal médullaire, et un trait de scie est appliqué à l'union des lames vertébrales gauches avec les apophyses épineuses.

Le liquide contenu dans la cavité des vertèbres a pénétré dans le canal médullaire et est en contact avec la pie-mère dans l'étendue qui correspond aux deux vertèbres lésées. Le fibro-cartilage élastique du côté droit, qui unit les lames des deux premières vertèbres lombaires, est un peu altéré; ses fibres sont un peu dissociées et comme macérées. Les enveloppes de la moelle sont seulement un peu épaissies; la moelle elle-même est intacte dans sa coloration et sa consistance; le canal médullaire n'est point rétréci, malgré une courbure très prononcée de la colonne lombaire en avant.

Cette courbure tient à ce que la moitié antérieure de la première vertèbre lombaire a disparu. Il n'existe plus du fibro-cartilage qui unissait cette vertèbre à la suivante qu'une portion mince et étroite de lamelle située à la partie postérieure gauche. La deuxième vertèbre lombaire offre une perte de substance considérable dans son centre, qui communique en haut, à travers le fibro-cartilage détruit, avec la cavité creusée aux dépens de la première vertèbre lombaire. Cette dernière cavité est remplie d'une substance pulpeuse d'un blanc jaunâtre, caséiforme. La cavité creusée dans la deuxième vertèbre lombaire est remplie d'une substance analogue, mais d'une coloration grise un peu rosée. Un courant d'eau très fort et très prolongé ne suffit pas à enlever complètement cette matière. Il reste encore alors une sorte de pulpe membraneuse qui tapisse les parois de cette caverne, et qui envoie des prolongements dans toutes ses anfractuosités.

Ce qui reste du tissu spongieux des deux vertèbres malades offre, en général, une teinte rouge un peu plus prononcée que celle des autres vertèbres, dont le tissu est un peu pâle et raréfié. Mais certaines parties de ce tissu offrent au contraire une blancheur mate, comme éburnée, avec épaississement des lamelles. Ce dernier aspect se remarque principalement à la partie antérieure et supérieure de la deuxième vertèbre lombaire. Cette partie, qui pénètre en forme de coin dans le vide laissé par la première vertèbre lombaire, est minée en arrière et en bas par la cavité creusée

dans le centre de la deuxième vertèbre lombaire ; elle paraît près de se détacher, et présente à l'examen tous les caractères du séquestre éburné qui a été trouvé libre dans la cavité de l'abcès vertébral. La même altération se remarque sur la partie la plus avancée de la première vertèbre lombaire, qui semble s'engrener, par emboîtement réciproque, avec l'espèce de coin que nous venons de décrire, sur la deuxième vertèbre lombaire.

On remarque un séquestre complètement isolé du tissu osseux, mais maintenu encore en place par ses adhérences au périoste et au cartilage intervertébral, dont il reste encore en ce point une petite lamelle. Il est situé sur le côté gauche de la première vertèbre lombaire, au voisinage de l'articulation costo-vertébrale.

Recouvert extérieurement par les lamelles fibreuses épaissies du périoste et du ligament vertébral antérieur, il est tapissé intérieurement par cette pulpe membraneuse qui tapisse les parois de la caverne osseuse.

La matière jaunâtre qui remplissait la partie de cette caverne correspondant à la première vertèbre lombaire, la matière grise et rosée qui se trouvait dans la caverne creusée au centre de la deuxième, ont été soumises à l'inspection microscopique par M. Robin, qui, dans toutes deux, a reconnu l'existence des corpuscules tuberculeux.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE SULFURIQUE. — RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE. — INANITION. — GANGRÈNE PULMONAIRE. — MORT, par M. LUTON, interne des hôpitaux.

Une femme, âgée de quarante-cinq ans, entra le 14 janvier 1856, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Eulalie, n° 28, service de M. Gubler.

Cette femme, réduite au dernier degré du marasme, sans force et presque sans voix, raconta que, environ sept mois auparavant, elle avait bu par mégarde, croyant boire de l'eau, un liquide fortement acide, qu'elle dit être de l'huile de vitriol. Cette liqueur, destinée à nettoyer les cuvettes des latrines à l'Exposition universelle, était vraisemblablement de l'acide sulfurique (peut-être un autre acide fort) étendu d'eau.

Quoi qu'il en soit, on retrouve encore quelques traces extérieures de l'empoisonnement : ainsi, les dents placées sur le devant de la bouche sont comme corrodées et presque détruites ; il est manifeste que ce n'est pas la carie qui les a altérées. En examinant la bouche, l'isthme du gosier, le pharynx, on ne voit aucune cicatrice ; sans doute l'escharrification a été superficielle, parce que l'acide était affaibli par l'eau.

Il paraît assez probable, du moins au rapport de la malade, qu'elle n'a point avalé de cette liqueur ; ayant bien vite reconnu son erreur, elle a tout craché, et il n'en est point arrivé jusqu'à l'estomac. Cependant, depuis lors, jamais cette femme n'a pu avaler d'aliments solides. Ayant été admise dans un hôpital, pour les suites immédiates de son empoisonnement, elle s'est alitée, elle n'a jamais repris ses occupations depuis, elle ne s'est même plus relevée.

La stomatite très vive qui se déclara par l'effet de l'acide, le délabrement des gencives, la destruction partielle des dents, ne lui permirent pas pendant longtemps de prendre d'autres aliments que des bouillons ou du lait. Cet état local de la bouche l'empêcha-t-il réellement pour la suite de prendre des aliments solides ? ou bien le rétrécissement de l'œsophage en fut-il la cause ? on verra par ce qui suit que cette question est bien discutable. Il n'en est pas moins vrai que, pendant sept mois, la malade, soumise à une alimentation insuffisante, ne recevant pas de soins appropriés depuis qu'elle avait quitté l'hôpital où elle avait d'abord été reçue, alla constamment en s'affaiblissant et en s'amaigrissant. Elle ne prenait chaque jour qu'une très faible quantité de boissons ou de bouillon. Ses excréments étaient également peu abondantes. En un mot, elle semblait être dans la situation de ces femmes dont on rapporte l'histoire dans les traités de physiologie, qui ont vécu pendant des mois et même des années sans se nourrir pour ainsi dire.

Lorsque la malade est arrivée à l'hôpital Beaujon, on constata chez elle un amaigrissement excessif : cet amaigrissement avait une forme particulière ; il semblait surtout porter sur les masses musculaires. Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané n'avait pas disparu : car lorsqu'on pinçait la peau, le repli était toujours d'une certaine épaisseur et disparaissait rapidement. Ainsi donc le séjour au lit depuis sept mois consécutifs, sans que le corps se soit jamais exercé,

a eu plus d'influence sur la marche de l'amalgrissement que l' inanition. Cette femme d'ailleurs est presque mourante. Depuis quelques jours elle est prise d'une diarrhée colliquative. Son haleine a une fétidité extrême. L'examen de la poitrine démontre que cette fétidité dépend d'une large caverne gangréneuse située au sommet du poumon droit, et non pas de l'effet de l'inanition, ainsi que cela est noté dans les relations de disette et de mort par la suppression des aliments. On a recherché s'il existait d'autres traces de gangrène : on n'en a point trouvé ; les cornées sont intactes. La malade assure qu'elle ne peut rien avaler qu'une petite quantité de liquide à la fois ; elle indique la partie inférieure du cou, pour montrer que c'est là qu'est l'obstacle au passage des matières alimentaires qu'elle essaye de prendre.

L'exploration n'a pas été faite plus complètement pendant la vie : dès le lendemain, cette femme était morte. L'autopsie a été pratiquée, et voici ce qu'on a trouvé : la bouche, la langue, le voile du palais, le pharynx, examinés de nouveau avec soin, n'ont offert aucune trace de cicatrices ; l'épiglotte, les replis aryténo-épiglotiques, sont également intacts ; les dents sont altérées, comme il a été dit plus haut.

En parcourant la cavité de l'œsophage, on a trouvé, au niveau de l'union de sa portion cervicale avec sa portion thoracique, un premier rétrécissement qui avait des caractères bien tranchés. On ne pouvait le franchir avec une sonde de femme, tandis qu'au-dessus et au-dessous l'œsophage admettait assez facilement l'index. *La muqueuse, à cet endroit, n'offre aucune cicatrice ; elle est aussi intacte que possible.* Les parois, à ce même niveau, ont une très grande épaisseur, un demi-centimètre au moins. L'hypertrophie porte sur la tunique musculuse et sur la tunique fibreuse. Il n'existe aucune dégénérescence morbide. La hauteur du rétrécissement est d'environ 4 ou 5 centimètres. Au-dessus, le conduit n'est pas dilaté, puisque la malade ne prenait pas d'aliments ; la muqueuse est également saine.

Il existe un second rétrécissement de l'œsophage plus bas, un peu avant que ce conduit ne traverse le diaphragme. Ce rétrécissement, de même nature que le premier, est moins serré ; il est également moins étendu en hauteur.

L'estomac est très petit ; on voit que depuis longtemps il ne

recevait pas d'aliments dans sa cavité ; sa muqueuse est saine. L'intestin grêle a un calibre inférieur à son calibre normal ; mais ce retrait uniforme des parois est surtout marqué sur le gros intestin, dont la capacité égale à peine celle d'un intestin grêle chez un adulte. Partout la muqueuse est intacte.

Enfin on retrouve partout les signes de la mort par inanition : les organes sains d'ailleurs s'isolent facilement ; le tissu celluloadipeux des cavités viscérales a presque entièrement disparu. Il est curieux de voir qu'il existe encore, comme à l'état normal, sous la peau, dont la souplesse était conservée pendant la vie.

La muqueuse laryngée et trachéale n'offre aucune altération. Le poumon gauche est sain, crépitant dans toute son étendue. Le poumon droit présente près de son sommet une vaste caverne gangréneuse ; ses dimensions permettraient d'y loger une orange ordinaire ; ses parois sont inégales, couvertes de détritus à odeur gangréneuse. Tout autour le tissu pulmonaire est lardacé, enflammé chroniquement. Du côté de la plèvre, qui fait un peu partie de la paroi, on voit une tache assez large, de couleur feuille-morte, ce qui indique que la séreuse participe à la gangrène. Le poumon ne présente aucune autre altération ; il n'y a pas de tubercules ; les plèvres n'adhèrent nulle part. En un mot, l'affection est toute locale, comme si elle était la conséquence d'une altération mécanique ou d'une *action chimique*.

Cette observation offre deux particularités qui ont de l'intérêt, à cause même de l'embarras où l'on se trouve pour en donner l'explication.

D'abord il existe deux rétrécissements de l'œsophage sans cicatrice de la muqueuse, bien qu'il y ait eu antérieurement un empoisonnement par un acide fort. A ces deux rétrécissements correspond un épaississement des parois ; cet épaississement est dû à une hypertrophie des éléments normaux, tissu musculaire, tissu fibreux. D'une autre part, il paraît que la malade n'a pas avalé la liqueur qu'elle avait commencé de boire. Il n'y a réellement que les dents qui ont conservé les marques de l'empoisonnement. On ne trouve même pas les signes d'une inflammation chronique de la muqueuse œsophagienne. De plus, les deux rétrécissements siègent précisément aux points où le calibre de l'organe est le moins considérable, et où se voient les rétrécissements spon-

tanés avec ou sans dégénérescence. Depuis longtemps le conduit œsophagien n'était plus traversé que par des liquides, ainsi que l'attestent son calibre diminué d'une manière générale, comme celle du reste du tube digestif, et l'épaisseur notable des parois dans toute leur étendue. De tous ces faits ne pourrait-on pas conclure que les rétrécissements ne sont pas la conséquence de l'empoisonnement; que leur cause première réside dans l'abstinence prolongée à laquelle la malade a été soumise, soit par suite d'une stomatite chronique, qui n'aurait disparu que depuis peu de temps, soit par suite de l'altération des dents, qui étaient devenues impropres à la mastication. Peut-être aussi la gangrène pulmonaire, dont l'origine se rapporte probablement, comme on verra, à la même époque, a-t-elle réagi sur l'économie, et a-t-elle empêché l'appétit de revenir, et les organes digestifs de reprendre leurs fonctions. A la rétraction musculaire progressive des parois de l'œsophage, il faut peut-être joindre, pour l'épaississement noté au niveau des rétrécissements, un travail hypertrophique. A moins que, comme dans ces points, le resserrement ne soit arrivé à un plus haut degré, les parois ne soient plus condensées et n'aient produit un épaississement simulant une hypertrophie. Pour rendre cette idée plus claire, nous dirons qu'il s'est sans doute passé ici ce qui se passe pour le cœur des suppliciés ou des individus morts de mort violente : il y a une hypertrophie concentrique apparente, avec effacement partiel des cavités.

Quant à la gangrène pulmonaire, on serait tenté de rapporter son origine à l'époque de l'empoisonnement, et d'admettre, par exemple, que dans un effort de toux, provoqué par le contact de l'acide avec l'orifice supérieur du larynx, il n'en soit entré une certaine quantité dans les bronches. Ce qui autorise et justifie cette hypothèse, c'est l'absence de toute autre lésion pulmonaire. Cette gangrène serait-elle une conséquence de l'inanition? Si l'on considère qu'il n'y avait sur cette femme aucune autre lésion du même genre, que les cornées étaient saines, qu'enfin l'amaigrissement n'était pas arrivé à ses dernières limites, etc., on sera peu porté à admettre cette supposition. D'ailleurs cette caverne gangréneuse est évidemment très ancienne, et date certainement de plusieurs mois.

AUTOPSIE D'UNE FEMME MORTE AVEC TOUS LES SYMPTÔMES DU DELIRIUM TREMENS. KYSTES HYDATIQUES DU FOIE. CANCER DE LA RÉGION PYLORIQUE. CŒUR GRAISSEUX. ÉPANCHEMENT SÉRIEUX ENCÉPHALIQUE, par M. LUTON, interne des hôpitaux.

Le fait dont la description va suivre est surtout intéressant au point de vue de l'anatomie pathologique. D'abord parce qu'on a rarement l'occasion de constater si le *delirium tremens* laisse des traces sur le cadavre; ensuite parce que, dans ce cas, l'autopsie est venue révéler l'existence de lésions auxquelles rien n'a pu faire songer durant la vie.

Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans, ravaudeuse, couchée au numéro 50, salle Sainte-Paule, service de M. Gubler, hôpital Beaujon, qui porte toutes les traces que laissent après eux les excès alcooliques. Les seuls renseignements qu'on obtient des personnes qui l'ont amenée sont relatifs à ses abus de boisson. Il paraît qu'ayant l'habitude de s'enivrer depuis longtemps, elle en était arrivée à boire chaque jour environ 350 grammes d'absinthe.

On reconnaît facilement, chez cette malade, tous les signes du *delirium tremens*. La face, les membres, sont toujours en mouvement, comme dans la paralysie agitante; les paroles sont incohérentes, les pensées sans suite et se rapportant au goût dominant de la malade. Lorsqu'on a amené cette femme à l'hôpital, on l'avait trouvée plongée dans le coma alcoolique. On lui a appliqué chez elle des sinapismes qui ont été laissés si longtemps que des plaques gangréneuses existent sur les points avec lesquels ils ont été en contact. Cela indiquerait une assez grande insensibilité; cependant les piqûres d'épingle sont très bien ressenties. On a prescrit pour traitement 0,075 d'extrait thébaïque, 400 grammes de vin de Bordeaux et de la limonade vineuse.

Le lendemain, 6 avril, le délire était plus complet, la langue était sèche; il y avait eu une selle diarrhéique très abondante, malgré l'opium. On continue le même traitement.

Le 7, la langue s'humecta un peu. Il y eut des convulsions des membres, alternativement cloniques, puis toniques. L'agitation générale était moindre.

Le 9, la malade semble aller mieux ; plus de calme ; la langue s'humecte. Il n'y a plus de diarrhée.

Le 12, symptômes cérébraux aigus ; fièvre, délire comateux. Cet état s'aggrave de plus en plus le lendemain et le surlendemain. La malade meurt le 15 au matin.

Autopsie. — L'attention se porta tout d'abord vers l'encéphale. Il y avait une notable quantité de sérosité épanchée dans l'arachnoïde. La pie-mère était oedémateuse, infiltrée. Les ventricules latéraux contenaient beaucoup de liquide. Ce liquide était limpide, incolore ; il n'avait aucunement l'odeur alcoolique, bien qu'on ait noté cette circonstance dans d'autres cas. La substance cérébrale était molle, comme oedématiée. La membrane des ventricules latéraux était couverte de granulations très visibles à l'œil nu et sensibles au doigt. Ces granulations, examinées au microscope, renfermaient beaucoup de *corpuscules amyloïdes*, comme ceux que l'on voit, même à l'état normal, dans le quatrième ventricule de certains animaux (lapin). Le système sanguin encéphalique était pour ainsi dire exsangue. Les glandes de Pacchioni étaient très nombreuses (57). On ne voit donc, parmi toutes ces lésions, que celles qui ont déjà été notées (moins les granulations ventriculaires) et dont aucune ne peut servir à caractériser une maladie dont les symptômes pendant la vie sont si spéciaux.

En examinant les autres viscères, on a trouvé un grand nombre de lésions. On se demande si elles se rapportent à l'alcoolisme comme conséquences ou comme causes occasionnelles (M. Gubler).

Le tissu pulmonaire était oedématié et congestionné. Les veines pulmonaires contenaient des caillots fibrineux décolorés. Le cœur avait subi en partie la dégénérescence graisseuse. Près de la pointe cette dégénérescence était complète. Au microscope on ne voyait que de larges cellules adipeuses ; le tissu musculaire avait entièrement disparu. Dans les autres points, on voyait de la graisse jaunâtre infiltrée entre les faisceaux primitifs musculaires. Ceux-ci étaient aussi altérés : les stries transversales n'existaient plus sur le plus grand nombre des faisceaux observés ; les stries longitudinales, au contraire, étaient très apparentes : elles étaient formées par des séries parallèles de points noirâtres. Cette décomposition granuleuse de la fibrine musculaire a été improprement

considérée comme une autre forme de la dégénérescence graisseuse.

Le foie était dur et de volume normal. Il offrait, au niveau du bord postérieur du lobe droit, deux kystes hydatiques de la grosseur d'un œuf environ chacun. Ces kystes appartenaient à des âges différents : l'un ne contenait qu'une sorte de boue verdâtre, et des débris de membrane hydatique propre. L'autre renfermait un liquide clair comme de l'eau de roche et une belle membrane hydatique, blanche, demi-transparente, qui s'est détachée facilement en totalité du du tissu foie. Au microscope, on a trouvé dans le liquide des kystes beaucoup de cholestérine, des échinocoques et des débris d'échinocoques. Il ne renfermait ni *albumine* ni *sucré*. Peut-être ce dernier produit, qu'on devait s'attendre à trouver dans un kyste du foie, a-t-il été altéré et a-t-il disparu depuis le moment de la mort. (Réflexion de M. Axenfeld, qui, dans le liquide extrait d'un kyste hydatique du foie, chez un homme vivant, a trouvé une notable proportion de sucre.)

Enfin, il existait au niveau du pylore de nombreuses végétations encéphaloïdes. Cet orifice n'était pas rétréci, mais il ne pouvait plus évidemment se contracter pour retenir les aliments et les boissons de l'estomac. On s'explique ainsi cette diarrhée, qui persistait en dépit de l'administration de l'opium à haute dose, ainsi que l'exigeait la nature de la maladie que l'on traitait.

Rapport de M. MILLARD sur les pièces et observations présentées par
M. LUTON.

M. Luton, interne à l'hôpital Beaujon, vous a soumis plusieurs faits intéressants dont je viens vous rendre compte.

Le premier est relatif à une femme de quarante-cinq ans, qui, ayant bu par erreur un acide énergique, souffrait depuis sept mois d'un rétrécissement très serré de l'œsophage, et succomba, vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, à une gangrène du poumon. L'œsophage, qui vous a été présenté au mois de janvier dernier, outre une diminution de calibre dans toute son étendue, présentait deux rétrécissements très marqués. Le principal siégeait à la partie inférieure du cou, n'avait pas moins de 4 à 5 centimètres

de hauteur, et ne pouvait admettre une sonde de femme ; les parois, sans présenter à ce niveau aucune dégénérescence morbide, avaient une très grande épaisseur, d'un demi-centimètre au moins. Cet épaississement portait uniquement sur les tuniques musculaire et celluleuse ; quant à la membrane muqueuse, elle n'offrait aucune cicatrice et était aussi intacte que possible.

Ces mêmes caractères se retrouvaient exactement dans le second rétrécissement, qui était placé un peu au-dessus du cardia, était moins étendu en hauteur et moins serré. Quant à la gangrène pulmonaire, elle avait détruit la plus grande partie du sommet du poumon droit.

Dans ce fait, deux points ont particulièrement embarrassé M. Luton : l'intégrité absolue de la muqueuse, d'une part, et, de l'autre, le mécanisme ou la cause de la complication pulmonaire.

Comment expliquer, après l'ingestion d'un liquide corrosif, cet état si parfaitement sain de la muqueuse, et cet épaississement limité à deux des tuniques profondes et dans deux points seulement du conduit ?

Frappe de l'absence de cicatrices, non-seulement dans toute la longueur de l'œsophage, mais même dans la bouche et dans le pharynx, instruit d'ailleurs par la malade qu'elle n'avait pas avalé le liquide caustique, mais qu'elle l'avait rejeté immédiatement, M. Luton penche à conclure que les rétrécissements ne sont pas la conséquence directe de l'empoisonnement, mais que leur véritable cause réside dans l'abstinence prolongée. Cette abstinence aurait amené une rétraction musculaire progressive des parois œsophagiennes, à laquelle il faut ajouter une sorte d'hypertrophie concentrique apparente, avec effacement partiel de la cavité.

Ce sont là, vous le voyez, des raisonnements hypothétiques invoqués à l'appui d'une opinion qu'il est impossible à votre rapporteur d'admettre. Il faudrait d'abord prouver que l'abstinence prolongée a pour effet de produire dans l'œsophage des rétrécissements circonscrits et aussi serrés que ceux du cas actuel, et c'est ce qu'on ne voit jamais dans les faits de mort par inanition connus dans la science. L'œsophage présente seulement une diminution générale de calibre, comme le reste du tube digestif. Il n'y a pas non plus à invoquer d'hypertrophie concentrique apparente : ici l'hypertrophie des parois était bien réelle, puisqu'elles avaient un

demi-centimètre d'épaisseur au niveau des points rétrécis.

Et d'ailleurs, en présence d'une cause aussi flagrante et aussi fréquente de rétrécissement œsophagien que l'ingestion d'un acide, pourquoi s'ingénier à en trouver d'autres? Parce que la muqueuse est saine? Mais ouvrez la thèse de M. Follin sur les rétrécissements de l'œsophage, vous y verrez, page 32, à l'article ANATOMIE PATHOLOGIQUE, dans sa première classe de *Rétrécissements organiques simples par induration inflammatoire*, que « parfois la muqueuse » est saine en partie, mais c'est le tissu cellulaire sous-muqueux » qui s'indure; cette induration est caractérisée par une infiltration » plastique et blanchâtre située entre la membrane interne et la » tunique externe de l'œsophage. » Cette description ne s'applique-t-elle pas exactement au cas de M. Luton? En outre, parce qu'il n'y a pas de cicatrices sur la muqueuse œsophagienne, s'ensuit-il que la malade n'ait réellement pas avalé quelques gouttes du liquide acide? Non, car dans la bouche, où ce liquide a certainement pénétré, il n'y en a pas davantage. Cela prouve seulement qu'il était étendu d'eau, et qu'il s'est borné à déterminer une stomatite et une œsophagite superficielles. Maintenant, qu'une œsophagite amène à la longue un ou plusieurs rétrécissements sous-muqueux, il n'y a rien là de plus extraordinaire qu'une blennorrhagie prolongée qui laisse après elle un ou plusieurs épaississements des parois uréthrales, sans traces sur la muqueuse. Cette analogie entre le mode de formation de certains rétrécissements œsophagiens et ceux de l'urèthre a été particulièrement développé par M. Follin.

Par toutes ces raisons, il me paraît impossible de ne pas admettre que les rétrécissements en question ont été la conséquence directe de l'empoisonnement.

Quant à l'explication de la gangrène pulmonaire, M. Luton en a hasardé une à laquelle je ne suppose pas qu'il tienne beaucoup. Il considère, en effet, la mortification comme très ancienne, et, en l'absence de toute autre lésion pulmonaire, il est tenté d'en rapporter l'origine à l'époque de l'empoisonnement, et d'admettre, par exemple, que, dans un effort de toux, une certaine quantité de liquide a pu s'introduire jusque dans le poumon, et y exercer là son action corrosive. Mais il me semble que, avant de gagner le poumon, ce liquide eût dû attaquer déjà, sur son trajet, le larynx, la trachée et les bronches elles-mêmes. Or, ces organes sont sains,

et rien n'indique qu'il y ait eu, dans les jours qui ont suivi l'accident, une maladie quelconque des voies respiratoires. Ajoutez qu'une gangrène pulmonaire qui mettrait sept mois à se développer et à amener la mort, aurait une marche d'une lenteur singulière.

Cette gangrène ne serait-elle pas plutôt la conséquence de la suppression presque absolue d'aliments à laquelle la malade était condamnée ? Je regrette que M. Luton se soit empressé de rejeter cette opinion, qui me paraît la seule vraie. Il se fonde sur ce qu'il n'y avait aucune autre lésion du même genre, et que les cornées, en particulier, étaient saines ; mais ni les gangrènes multiples, ni l'altération des cornées ne sont mentionnées nulle part comme une des conséquences de l'abstinence prolongée ; on a, au contraire, signalé déjà un rapport étiologique entre l'inanition et la gangrène pulmonaire.

La *Gazette médicale* de 1836 renferme un mémoire de M. le docteur Guislain sur la gangrène du poumon chez les aliénés qui se laissent mourir de faim. Sur treize autopsies d'aliénés morts dans ces conditions, la mortification du poumon ne s'est pas rencontrée moins de neuf fois. Les deux poumons n'ont été atteints simultanément qu'en un seul cas. Le savant médecin de Gand attribue principalement cette maladie au défaut de nutrition et l'appauvrissement graduel du sang. On lit également dans le 1^{er} volume du *Traité de physiologie* de M. le professeur Bérard (p. 458), à l'article FAIM et INANITION : « Dans un mémoire récent (1848) sur la gangrène des poumons, principalement chez les aliénés, publié par le docteur Fischel, à Prague, il est dit : Parmi les causes déterminantes, il faut principalement noter une nourriture insuffisante. » M. Bérard ajoute pourtant que, « du reste, ce résultat n'a pas été observé chez les animaux soumis à l'inanition. »

Pendant ma première année d'externat, j'ai été témoin d'un fait qui confirme trop ces idées et offre une trop grande analogie avec celui de M. Luton, pour que je ne le rappelle pas ici brièvement. Une femme de quarante-deux ans entra, le 20 juillet 1854, à la Pitié, dans le service de M. Richet, pour un rétrécissement de la partie supérieure de l'œsophage. Elle en souffrait depuis un an, ne pouvait guère avaler que des liquides, et était fort maigre. Soit spontanément, soit par suite d'explorations répétées, la maladie se compliqua, vers la fin d'août, d'un abcès latéral du cou ; mal-

gré l'ouverture du foyer, des phénomènes de suffocation nécessitent la trachéotomie. Les deux incisions, celle de l'abcès et celle de l'opération, ne se fermèrent point et livrèrent passage, au bout d'un certain temps, aux boissons et à des parcelles alimentaires. On sentit bientôt avec le stylet une nécrose étendue des cartilages du larynx; enfin, l'amaigrissement faisait de continuels progrès: la malade fut prise d'une gangrène du poulmon et succomba le 26 octobre. A l'autopsie, dont je vous épargne les détails, je trouvai à l'extrémité supérieure de l'œsophage un rétrécissement annulaire qui fut regardé comme un cancer épithélial par M. Follin, et une gangrène très avancée qui avait envahi tout le lobe inférieur du poulmon gauche.

Il n'y avait pas lieu d'invoquer ici d'action caustique: l'insuffisance de la nutrition paraît bien avoir été la seule et véritable cause de la mortification pulmonaire; et chez la malade de M. Luton, placée dans des conditions presque identiques, les choses ont dû se passer de la même façon. Ce sont donc là deux faits nouveaux qui viennent corroborer l'opinion de M. Guislain, jugée trop sévèrement par certains auteurs, et qui tendent à prouver que la gangrène pulmonaire, dont les causes sont si souvent obscures, peut être, dans certains cas, attribuée à l'abstinence prolongée. Ils me paraissent aussi de nature à faire redouter désormais, parmi les conséquences possibles, quoique rares, des rétrécissements de l'œsophage, une complication funeste dont jusqu'ici'il n'a été fait mention nulle part dans l'histoire de ces rétrécissements.

La seconde observation, que vous a apportée M. Luton, est surtout intéressante, comme il l'a dit lui-même, au point de vue anatomo-pathologique; mais comme elle n'a qu'une valeur négative, je vous demande la permission de ne pas y insister longuement. Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans, habituée depuis longtemps aux excès alcooliques, et qui mourut de *delirium tremens* en moins de onze jours. Dans les cas semblables, l'ouverture des cadavres n'a fourni jusqu'ici aucun résultat satisfaisant; « du moins, dit M. Grisolle, les lésions diverses qu'on a trouvées quelquefois n'expliquent pas le délire, ou bien elles en sont indépendantes. »

L'autopsie de la malade de M. Luton ne fait pas exception à cette loi. Des lésions diverses qu'elle a révélées, aucune ne peut servir à caractériser la dyspsomanie. La seule particularité qu'of-

frait l'encéphale consiste en un certain nombre de granulations, visibles à l'œil nu et même sensibles sous le doigt, dont était semée la face interne des ventricules latéraux. Ces granulations, examinées au microscope, renfermaient beaucoup de *corpuscules amyloïdes*. Dans les autres viscères on a trouvé des altérations tout à fait inattendues, dont le rapport avec l'alcoolisme ne peut être établi d'une manière plus certaine. Cependant le cœur, comme cela a été signalé dans des cas analogues, était en partie grasseux, et M. Luton a observé et décrit avec grand soin les caractères microscopiques de cette dégénérescence.

Dans le foie existaient deux kystes hydatiques, l'un ancien, l'autre récent. Le liquide clair et limpide que renfermait ce dernier a été soumis à l'examen microscopique et chimique : il ne renfermait ni *albumine* ni *sucré*. A propos de cette dernière substance, M. Axenfeld a rappelé que M. le docteur Potain, analysant le liquide extrait d'un kyste hydatique du foie chez un homme vivant, avait trouvé une notable proportion de sucre, et il a fait observer que, si dans le cas actuel on n'en avait pas constaté, cette matière avait pu s'altérer et disparaître après la mort.

Enfin, et c'est vraiment là la seule lésion qu'on puisse rattacher aux habitudes d'ivrognerie de la malade, le pylore était entouré d'un cercle de végétations encéphaloïdes sans rétrécissement marqué. Parmi les causes du cancer stomacal, l'abus des alcooliques est en effet une de celles dont l'action est le mieux démontrée.

En résumé, vous voyez, messieurs, que ce fait ne peut servir en rien à éclairer l'histoire anatomo-pathologique du *delirium tremens*, malgré le soin scrupuleux avec lequel ont été étudiées et décrites les altérations cadavériques.

Là ne se bornent pas les présentations de M. Luton. Je vous en rappellerai une autre, beaucoup plus intéressante, et qui a été faite en son nom par M. le docteur Gallard, au mois de juillet dernier. C'était un fort bel exemple d'abcès dans les hémisphères cérébraux, dont la marche avait été singulièrement rapide, et qui avait offert tous les signes d'une apoplexie ou d'un ramollissement. A cette époque, notre collègue s'est chargé de faire ressortir devant vous tout l'intérêt de cette observation remarquable, qui a été jugée digne de l'impression et qui figure dans le dernier fascicule de notre *Bulletin* de cette année (p. 276).

PRÉDOMINANCE DE DÉVELOPPEMENT DU CÔTÉ DROIT SUR LE CÔTÉ GAUCHE; DÉVELOPPEMENT HYPERTROPHIQUE DES TROIS PREMIERS DOIGTS DE LA MAIN ET DU PIED DROITS. — Par M. DEVOUGES, interne des hôpitaux.

Lemercier (Victor), menuisier, âgé de dix-sept ans, d'une taille de 4 mètre 75 centimètres, est entré, le 17 septembre 1856, à l'hôpital Beaujon, service de M. Huguier, 1^{er} pavillon, n° 238.

Cet homme, ayant fait une chute d'un échafaudage, reçut plusieurs contusions et se fit une fracture oblique de la rotule gauche, sans déplacement, qui guérit en six semaines, par la simple extension de la jambe.

Nous fûmes, dès le premier jour, frappé du vice de conformation que nous allons décrire. Le malade en fait remonter le développement apparent à l'âge de six mois. Il eut, nous dit-il, à cette époque, une inflammation d'intestins, et ses parents lui ont toujours affirmé que c'est depuis cette maladie qu'on a vu croître d'une façon anormale les trois premiers doigts de chacun des membres du côté droit, et ce côté, être en entier le siège d'une nutrition plus active. Questionné avec insistance et faisant appel à tous ses souvenirs, il nous affirme qu'il n'y a jamais rien eu de semblable dans sa famille; et qu'aucun de ses parents n'a même présenté de vice de conformation d'aucun genre.

Dans son ensemble, le côté droit est plus développé que le côté gauche; l'examen successif de la tête, du tronc et des membres nous a donné les résultats suivants :

1° *Tête.* La moitié droite de la face est plus volumineuse, plus arrondie que la gauche. Cette différence est très bien saisie lorsqu'on regarde l'individu de face; et cependant, si l'on cherche à prendre des mesures exactes, on n'arrive qu'à des différences insignifiantes. La langue, sortie hors de la bouche, ne paraît s'incliner ni à droite ni à gauche; les deux oreilles sont parfaitement égales; on ne peut non plus saisir aucune différence dans les organes de la vision.

2° *Tronc.* Lorsqu'on regarde le tronc par la face antérieure, le côté gauche paraît d'abord plus volumineux que le droit; mais cette prédominance apparente tient à la voussure de la poitrine au niveau de la région du cœur. En effet, si le côté gauche est plus

saillant, le côté droit a plus d'étendue transversale ; de ce côté, en effet, le mamelon est plus éloigné de la ligne médiane du sternum d'un demi-centimètre que celui du côté opposé. Lorsqu'on regarde la face postérieure, l'avantage est bien évidemment au côté droit. La colonne vertébrale ne présente pas de courbure anormale appréciable ; la totalité de la moitié droite du thorax forme une voussure manifeste, et l'épaule droite présente une saillie bien plus considérable que la gauche ; la demi-circonférence droite, au-dessous des mamelons, a 46 centimètres, celle de gauche 43,50. Sur les 30 centimètres que l'on trouve entre les deux extrémités externes des clavicules, en mesurant à la partie postérieure, il y en a 47 pour le côté droit, 43 seulement pour le côté gauche. Il n'y a pas de différence appréciable pour les deux moitiés latérales de l'abdomen ; l'ombilic est bien situé sur la ligne médiane qui réunit la symphyse pubienne à la pointe du sternum. La partie gauche du scrotum descend un peu plus bas que la partie droite, et, comme dans l'état normal, le testicule gauche est un plus volumineux que le droit. La fesse droite est un peu plus volumineuse que la fesse gauche. Lorsqu'on regarde le malade debout et nu, on reconnaît que le côté droit du bassin est plus arrondi, et que sa forme de ce côté rappelle celle d'un bassin de femme ; on voit également que le bassin s'incline de telle façon que le côté droit est relevé et le côté gauche abaissé. On s'explique ainsi comment il peut se faire que le malade ne boite nullement, malgré un excès de longueur du membre inférieur droit, que nous signalerons dans un instant.

3° *Membres supérieurs.* Le bras droit est incomparablement plus gros que le gauche ; il en est de même de l'avant-bras et de la main ; la différence est d'environ 4 centimètres pour la circonférence de ces trois parties considérées dans chacun des côtés.

Voici, du reste, les mesures exactes de ces circonférences en centimètres.

	Droit.	Gauche.
Bras.....	26,50	22
Avant-bras.....	28	23,50
Métacarpe.....	27	23

Les différences de longueur sont aussi très considérables. La longueur totale du bras droit, du sommet de l'acromion à l'extrémité du doigt médius, est de 79 centimètres, celle du bras gauche de 0,75.

La répartition sur les différentes portions de ces membres se fait de la façon suivante :

	Droit.	Gauche.
Bras, de l'acromion à l'épicondyle.....	32 centim.	32
Avant-bras, de l'épicondyle à l'apophyse radiale.....	26	24,50
Main, de l'articulation du poignet au sommet du médus.....	22	19
	80	75,50

Les excès de longueur que l'on trouve dans ce second mode de mensuration tiennent à ce que, dans ce cas, le mètre flexible suit les différentes saillies musculaires, tandis qu'en prenant la longueur totale du membre, on le tend en ligne droite d'une extrémité du membre à l'autre.

4° *Membres inférieurs.* Le membre inférieur droit présente, pour le volume, la même prédominance sur le côté gauche, un peu moins marquée toutefois. Voici les circonférences de chaque côté :

	Droit.	Gauche.
Cuisse.....	41 centim.	39
Mollet.....	31	29
Métatarse.....	25	23

Le membre inférieur droit est plus long que le gauche, quoique le malade ne boite nullement, ainsi que nous l'avons noté plus haut. Voici en centimètres les longueurs de la totalité du membre et des différentes portions, l'inclinaison du bassin étant corrigée avec beaucoup de précautions.

	Droit.	Gauche.
Longueur totale de l'épine iliaque au sommet de la malléole externe.....	93 cent.	90
Longueur de la cuisse, de l'épine iliaque à la tubérosité antérieure du tibia.....	54	51
Longueur de la jambe, de la tubérosité du tibia au sommet de la malléole.....	39 1/2	38 1/2
Longueur totale du pied mesuré sur son bord int.	27	25
Id. du sommet de la malléole interne au sommet du gros orteil.....	22	21

Le membre inférieur droit est variqueux, et cet état remonte si loin, que le malade ne peut pas se rappeler à quelle époque il a

débuté. Les veines sont séparées et très distinctes à la cuisse ; à la jambe il n'y a que de l'infiltration. Un bas lacé a été appliqué depuis longtemps.

La prédominance de développement du côté droit, que nous venons de décrire, tient évidemment à un excès de nutrition de tous les tissus, et n'est pas dû, comme on pourrait le supposer pour les membres, à un dépôt de graisse ou à un état œdémateux, quoique celui-ci existe un peu sur la jambe droite. En cherchant à apprécier à travers les tissus le volume des deux humérus, le droit paraît évidemment plus volumineux que le gauche ; les saillies osseuses du cubitus et des malléoles sont évidemment plus considérables à droite qu'à gauche ; enfin, la clavicule droite l'emporte de beaucoup en épaisseur sur la gauche. Les muscles du bras et de l'avant-bras droits sont bien plus développés et plus fermes, et toute la moitié droite du corps est bien plus puissante. Pour nous donner une idée de cette prédominance de force, le malade nous assure qu'il soulève 50 kilogrammes avec l'auriculaire droit, tandis qu'il a peine à en enlever 25 avec le gauche. Il est bon de noter que la profession du malade le force à exercer beaucoup plus le côté droit que le gauche.

Mais, outre la difformité que nous venons de décrire, et qui porte sur toute une moitié du corps, le malade en présente une autre aussi intéressante, consistant en un développement hypertrophique des trois premiers doigts de chacun des membres du côté droit. C'est surtout à la main que cet excès de volume se manifeste d'une façon extraordinaire : le deuxième et le troisième doigt semblent appartenir à une main de géant ; l'annulaire de ce côté n'arrive qu'à la partie supérieure de l'ongle du médius, au lieu d'atteindre sa partie moyenne comme dans l'état normal. Ce quatrième doigt et le cinquième, quoique très volumineux et beaucoup plus forts que ceux du côté gauche, paraissent comme étiolés à côté de ces deux énormes appendices. Voici les mesures comparatives des doigts de chaque main, en centimètres :

	Longueur.		Circonférence. (1 ^{re} phalange).	
	Droite.	Gauche.	Droite.	Gauche.
Pouce.....	8,50	7	8	7
Index.....	12,50	10	8,50	7
Médius.....	14	11	9	6,50
Annulaire.....	11,50	10,50	6,50	6
Auriculaire.....	9,50	8,50	6,75	5,75

Au pied, les trois premiers orteils sont seuls hypertrophiés ; les deux derniers sont de mêmes dimensions à droite et à gauche.

	Longueur.		Circonférence.	
	Droite.	Gauche.	Droite.	Gauche.
Gros orteil..	8,50	7,50	10	9
Second orteil.....	7	5	8	6
Troisième orteil.....	6	4,50	7	5,50

En examinant séparément le pied gauche, on reconnaît que les trois premiers orteils de ce côté ont aussi un volume considérable relativement aux deux derniers ; mais cette prédominance est bien moins importante que celle du côté droit.

Dans ce développement des doigts, ce sont surtout les os qui ont acquis un énorme volume, et l'épaisseur des parties molles ne paraît pas plus considérable sur ces doigts que sur ceux dont le volume est resté normal.

La face postérieure de la main droite est recouverte par une tache d'une coloration rouge peu intense, ressemblant assez aux nævi, mais sans aucune saillie ; la jambe droite est recouverte d'une grande quantité de ces taches qui ne laissent que de petits flots de peau ayant la coloration normale ; on en trouve aussi plusieurs sur la partie postérieure du côté droit ; le côté gauche, au contraire, n'en présente qu'une, de la largeur de la main, sur la partie latérale du thorax.

L'auscultation et la percussion n'ont rien montré d'anormal pour les organes respiratoires.

Le cœur est parfaitement normal, tant pour son volume que pour sa position, pour l'intensité de ses battements. Peut-être ceux-ci

s'entendent-ils plus loin et avec plus de force dans la partie droite de la poitrine. Il n'y a pas de différence appréciable entre les deux poulx radiaux.

Le foie ne présente pas d'hypertrophie et ne dépasse pas en bas le niveau des côtes. Sa hauteur est de 0^m,405 en mesurant à 3 centimètres en dehors de la ligne médiane.

La percussion fait également trouver une rate peu volumineuse.

Rapport de M. MILLARD sur l'observation précédente.

M. Devouges, dont nous avons vérifié toutes les observations et mensurations, a consigné les résultats de ce minutieux examen dans une description détaillée et intéressante ; ma tâche se bornera donc à fixer votre attention sur quelques points principaux.

L'excès de développement qu'offre dans son ensemble le côté droit du corps nous a paru porter exclusivement sur le système musculaire et sur le squelette ; quelque attention que nous ayons mise dans l'exploration des principaux viscères, nous n'avons rien pu découvrir d'anormal, ni dans leur situation, ni dans leur volume, ni dans leurs fonctions ; c'est à peine si les battements du cœur ont paru se prolonger davantage et avec un peu plus de force dans le côté droit de la poitrine.

Les artères superficielles ont été l'objet d'une attention spéciale ; bien que leur volume doive être en rapport avec celui des membres, nous n'avons pas trouvé de différence notable d'un côté à l'autre dans les battements artériels du cou, du bras, du poignet et de la cuisse.

Les veines présentent, au contraire, quelque chose de particulier ; elles sont variqueuses, mais au membre inférieur droit seulement, et depuis un temps très long. Le début de cette infirmité à un âge où elle est assez rare, et sa localisation à un seul côté, ne permettent guère de méconnaître l'influence fâcheuse qu'a exercée le développement hypertrophique du membre ; on pourrait, jusqu'à un certain point, y voir une confirmation des idées de Chaussier, Bécлар, Delpech, S. Cooper, et de M. Briquet, sur les causes efficientes des varices. « Suivant ces auteurs, en » effet, dit M. Nélaton, la dilatation des veines n'est pas un phé-

» nomène purement passif dû aux efforts que fait le sang contre la
» veine pour remonter vers le cœur; c'est pour eux un phénomène
» actif. Les membres inférieurs, agissant beaucoup, demandent
» beaucoup de sang, et par suite il y a hypertrophie, épaississe-
» ment des parois veineuses, résultant des contractions plus nom-
» breuses du vaisseau pour faire remonter le sang. » Or ici on peut
admettre qu'il y a, dans le membre abdominal droit, un afflux san-
guin plus considérable que du côté opposé, et que, par suite, les
veines superficielles ont à fonctionner davantage, et que cette exa-
gération fonctionnelle est la cause principale des varices.

Doit-on rattacher aussi à l'hypertrophie générale du côté droit
les diverses taches vineuses ou *nevi materni* que présentent la face
dorsale de la main droite, et surtout le membre inférieur droit? On
pourrait être tenté de le faire si le côté gauche en était totalement
dépourvu; mais comme, au contraire, on rencontre une de ces
taches sur la partie latérale gauche du thorax, de la largeur de la
main, et tout à fait semblable aux autres par son aspect, on doit
croire que le hasard seul a présidé à la distribution de ces taches
sur la surface des téguments.

Nous n'avons fait aucune remarque intéressante à l'occasion du
système nerveux; mais tout le monde comprendra la difficulté d'un
examen comparatif de ce genre. Comment apprécier sur le vivant
les différences anatomiques que peuvent présenter les plexus et cor-
dons nerveux? Comme fonction, nous n'avons pu constater qu'une
chose: c'est que la sensibilité générale et spéciale est égale des
deux côtés.

Le système osseux a pris, dans tout le côté droit, une exagéra-
tion de développement tout à fait proportionnelle aux muscles, et
qui a été suffisamment mise en relief par M. Devouges; il est cer-
tain, bien qu'on ne puisse le constater *de visu*, qu'il en a été de
même des tendons, des aponévroses et des ligaments; le dévelop-
pement parallèle de ces organes et des muscles est une consé-
quence de la loi d'harmonie qui domine l'organisation.

Cette singularité de conformation remonterait à l'âge de six
mois; il est plus que probable qu'elle ne fut remarquée pour la
première fois qu'à cet âge, mais qu'elle existait dès la naissance.

Les hypertrophies congénitales, en effet, ne sont pas rares.
Voici ce que dit, à ce sujet, M. le professeur Cruveilhier: « Dans

» l'état physiologique, une loi de balancement préside au développement régulier des organes, à leur période d'accroissement, de prédominance, comme aussi à leur période de décroissance absolue ou relative.... Quand les limites sont dépassées en plus, il y a *hypertrophie*; quand elles le sont en moins, il y a *atrophie*. » Ne soyons donc pas étonnés s'il existe des hypertrophies congénitales. »

Mais ces hypertrophies congénitales sont le plus souvent partielles, et portent exclusivement soit sur un organe, soit sur un système; et, dans ce dernier cas, toutes les parties du système, à droite comme à gauche, sont également affectées; mais ici, en admettant que le système musculaire ait été presque exclusivement et originellement en jeu, pourquoi cette différence frappante à l'avantage du côté droit tout entier? J'avoue, pour mon compte, que cette *unilatéralité*, si je puis parler ainsi, ce défaut de symétrie dans le développement hypertrophique me paraît être la particularité la plus remarquable du fait que nous examinons.

Elle n'est signalée nulle part; en compulsant les *Bulletins* de notre Société, je n'ai trouvé qu'un cas très comparable à celui-ci (25^e année, avril 1850, p. 408). Il s'agit d'un homme présenté par M. Foucher, chez qui l'hypertrophie siégeait à gauche, et non à droite: elle occupait tout un côté, bien qu'elle dominât, comme ici, dans le membre supérieur; il y avait aussi un épaississement des téguments du membre abdominal, et *probablement* des varices au-dessous; les organes internes étaient tout à fait normaux; le vice de conformation datait de la naissance, et était sans précédents dans la famille. Enfin, dernier trait de ressemblance, deux des doigts de la main gauche (index et médius) « *étaient à la fois plus longs et beaucoup plus volumineux* que leurs voisins; » il n'est pas fait mention des pieds.

Quel nom donner à ces singuliers vices de conformation? Je ne pense pas qu'on puisse les classer ailleurs que parmi les *hypertrophies*; ils me paraissent en effet réunir les deux principaux caractères: augmentation de volume des parties, sans altération de texture. Ce ne sont évidemment pas là des maladies: ce sont des *tempéraments* incomplètement dessinés. « Chaque individu, dit M. le professeur Cruveilhier, apporte en naissant une prédominance ou une tendance à la prédominance de tel ou tel système

d'organes. » Ce sont principalement ces différences originelles dans l'organisation qui établissent en partie ces grandes différences individuelles qu'on appelle *tempérament, constitution, etc.* Or, l'hypertrophie générale des muscles de la vie de relation constitue précisément la constitution qu'on nomme *athlétique*. Le jeune homme en question ne présente-t-il pas dans tout le côté droit de son corps les attributs de cette constitution ? Saillies volumineuses, *fermeté* et puissance énorme des muscles ? Par la pensée, accordez un développement semblable au côté gauche, et rétablissez la symétrie dans cette organisation, vous aurez un athlète d'une force herculéenne.

Mais pourquoi la nature s'est-elle arrêtée en route, ou plutôt, pourquoi a-t-elle ainsi dévié de son plan habituel ? En d'autres termes, quelle théorie peut-on donner d'un pareil défaut de conformation ? J'avoue ici mon impuissance, et renonce à me perdre dans des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

Un mot seulement sur cette hypertrophie concomitante et très remarquable des doigts et des orteils que présente ce jeune homme et dont était également affecté le sujet de M. Foucher. Chez ce dernier, deux doigts seulement étaient monstrueusement développés, et, en outre, ils étaient recourbés latéralement et se touchaient par leur convexité. Ici il y en a trois ; ils ont conservé leur forme et leur direction normales, et le malade s'en sert parfaitement pour ses travaux de menuiserie.

De même que les trois premiers doigts de la main droite, les trois premiers orteils du pied droit sont prodigieusement développés, et il y a là un rapport digne d'être signalé. Au pied gauche, les trois premiers orteils sont également plus volumineux que les deux autres ; mais la différence est bien moins saisissante qu'à droite.

A la page 404 de son troisième volume, M. le professeur Cruveilhier consacre un court alinéa à l'*hypertrophie congénitale des orteils*, rappelle les communications faites à ce sujet dans le sein de la Société par notre savant collègue M. Broca, et cite plusieurs modèles en plâtre du musée Dupuytren qui présentent des dimensions en quelque sorte colossales pour certains doigts des mains et des pieds. Ce moulage n'a pas été exécuté dans le cas actuel ; mais je crois que le résultat figurerait sans désavantage à côté des modèles précédents.

*Extrait d'un rapport de M. DÉCÈS, sur une observation de
CORPS ÉTRANGER DU GENOU OPÉRÉ PAR EXTRACTION, présentée
par M. NADAU (1).*

M. Nadau a eu l'honneur de vous présenter, au commencement de l'année, l'observation d'un corps étranger de l'articulation du genou. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'un faux pas et d'une chute sur l'articulation du genou gauche, fut pris instantanément d'une violente douleur qui le força à entrer à l'hôpital, où l'on constata l'existence d'un corps étranger dans l'articulation.

Les manœuvres auxquelles on a soumis à plusieurs reprises le malade pour examiner ce corps étranger, ont déterminé, dans l'articulation qui en est le siège, un épanchement assez considérable qui en masque la présence. C'est au bout d'une vingtaine de jours que, l'épanchement ayant diminué sous l'influence du repos et des cataplasmes, le corps étranger reparait à la place qu'il occupait, c'est-à-dire au côté interne de l'articulation.

Comme précédemment, il rentre dans l'article pendant l'extension, pour en ressortir pendant la flexion. Néanmoins, dans ce dernier mouvement, on peut encore le faire pénétrer dans l'articulation en exerçant sur lui une certaine pression.

L'impossibilité de le faire passer d'un côté à l'autre du genou, et sa position fixe au côté externe de l'articulation, font supposer qu'il est adhérent en ce point par un pédicule, et qu'il est en outre situé en dehors de la synoviale.

Le malade souffre lorsque, dans la station verticale, il essaye de fléchir la jambe. Il marche, au contraire, sans douleur lorsqu'il tient le membre dans l'extension.

On fixe le corps étranger à l'aide du trident de M. Jobert, qu'on laisse en place pendant sept jours, au bout desquels on le retire, après avoir labouré le corps étranger en différents sens avec la lance de cet instrument.

Du souffle tubaire et du retentissement de la voix, après s'être manifestés pendant quelques jours au sommet du poumon gauche, disparaissent.

(1) Ce rapport complète la présentation de M. Nadau mentionnée à la page 16 du *Bulletin*.

L'articulation du genou devient de nouveau le siège d'un épanchement qui masque la présence du corps étranger ; mais, au bout de peu de jours, le liquide est résorbé, et le corps étranger reparait à sa place habituelle avec une légère diminution dans son volume. Le malade se lève et marche, en ayant soin toujours de tenir le membre dans l'extension ; car la flexion éveille encore des douleurs.

Plus d'un mois après l'application du trident, le volume du corps étranger restant stationnaire, on se décide, sur la sollicitation pressante du malade, à l'extraire à l'aide d'une incision pratiquée au côté externe du genou.

L'opération fut difficile et longue. Commencée sans chloroforme, on fut obligé, tant étaient vives les douleurs, d'avoir recours à cet agent anesthésique pour la terminer. Réunion de la plaie avec des bandelettes de diachylon ; immobilisation du membre.

Le lendemain, douleur très vive dans le genou avec gonflement très notable de cette articulation ; épanchement. La pression la plus légère éveille de la douleur, surtout lorsqu'on l'exerce au creux du jarret. Œdème du membre. Cataplasmes et sangsues.

Le quatrième jour après l'extraction de ce corps étranger, des phénomènes généraux graves se déclarent. Le facies s'altère profondément, la peau devient terreuse ; la langue froide est pâle, décolorée ; le pouls vif, petit, misérable ; la soif vive. Il existe une légère diminution dans le gonflement et la douleur du genou, mais les muscles du mollet deviennent douloureux.

Les phénomènes locaux continuent à rester stationnaires, tandis que les phénomènes généraux deviennent plus intenses. Le malade est pris de frisson. Rétention d'urine. Chaque jour on pratique deux fois le cathétérisme. Épistaxis assez abondante, qui se renouvelle une seconde fois. L'œdème du membre inférieur a diminué, ainsi que l'épanchement articulaire.

Après des alternatives de rémission et d'exacerbation dans les symptômes généraux, le malade succombe avec tous les phénomènes qui caractérisent l'infection purulente.

L'autopsie fait reconnaître les lésions suivantes : infiltration de pus dans le tissu cellulaire de la partie antérieure de la cuisse ; épanchement, d'un pus mal lié, dans l'articulation, qui communique avec un foyer purulent qui occupe les trois quarts inférieurs

de la cuisse, et qui se trouve situé entre l'os et le périoste.

Couleur grisâtre de tout l'intérieur des surfaces articulaires ; ouverture située au côté externe de l'articulation , et dont les dimensions sont assez larges. En examinant cet orifice, il est difficile de se prononcer et de savoir s'il a été produit par la suppuration, ou s'il est le résultat de l'incision pratiquée par le chirurgien pour extraire le corps étranger.

Le condyle interne du fémur est à peine revêtu d'une légère couche de cartilage diarthrodial ; le condyle externe est dénudé dans une très grande étendue , le tissu spongieux qui entre dans sa composition est d'un gris noirâtre.

Les cartilages semi-lunaires n'existent plus qu'à l'état de vestige. Les condyles du tibia sont, comme ceux du fémur , à peine recouverts par une mince couche de cartilage. En quelques points même, le tissu osseux est à nu sur la tubérosité interne du tibia et présente un aspect grisâtre , comme tout le reste de l'articulation.

L'analyse microscopique de ce corps étranger fait reconnaître sa nature fibro-cartilagineuse.

Ont été nommés membres adjoints : MM. SCHLOSS, AUBRÉE, BESNIER
et RAOUL-LEROY (d'Étiolles).



SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,

TENUE LE 7 JUILLET 1857.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILLIER.

A l'ouverture de la séance, M. le président prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Je n'ai qu'un mot à vous dire, ou plutôt j'ai un devoir à remplir au nom de la Société anatomique, en vous proposant de voter des remerciements à M. le docteur Jules Bouteiller, l'un de ses membres honoraires, auteur de la *Table analytique générale des matières contenues dans les trente premiers volumes de nos Bulletins*.

Je vous disais, l'année dernière, que les bulletins de la Société anatomique constituaient l'une des plus riches collections de faits qui existassent dans la science, et sous le rapport clinique et sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Mais il manquait à cette collection une table de matières analytique et raisonnée qui permit de tirer parti des faits si nombreux qu'elle renferme.

C'est, messieurs, ce travail, ingrat et stérile pour celui qui a le courage de l'entreprendre, mais si profitable pour la science, qui a été conduit à bonne fin par M. le docteur Bouteiller.

Honneur donc au savant laborieux qui a consacré à cette œuvre de dévouement plus de trois années de sa vie et mis en lumière les trésors d'observation enfouis dans nos archives.

Que des remerciements lui soient adressés au nom de la Société anatomique et au nom de la science.

COMPTE RENDU
DES
TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
POUR L'ANNÉE 1856,

Par le D^r U. TRÉLAT, Secrétaire.

La parole est donnée à M. le secrétaire pour la lecture du compte rendu des travaux de la Société anatomique pendant l'année 1856.

M. Trélat s'exprime en ces termes :

Messieurs, vous avez coutume d'entendre à la fin de chaque année le compte rendu des travaux de notre Société. Des obligations impérieuses ont contraint votre secrétaire à retarder l'accomplissement de ce devoir, et son premier besoin, en commençant ce travail, est de faire appel à votre bienveillante indulgence.

L'année 1856 a commencé une nouvelle série de nos bulletins ; j'espère, en vous rappelant les faits importants qui sont passés sous nos yeux, vous montrer que les matériaux du travail ne nous ont pas plus fait défaut que les années précédentes. J'ai fait tous mes efforts pour que ces matériaux fussent aussi complets que possible. Vous apprécierez certainement que l'étendue donnée à la plupart des communications, et d'autre part une exécution typographique plus soignée, augmentent la valeur de nos archives anatomiques.

Nous sommes, depuis quelques mois, en possession d'une table générale et complète des trente premières années de nos bulletins. C'est à l'un de nos anciens collègues, M. Bouteiller, que nous devons cette œuvre de laborieux dévouement. Déjà la Société a exprimé à l'auteur toute sa reconnaissance. Je suis sûr d'être l'interprète de vos sentiments en inscrivant le nom de notre collègue à la première page de ce compte rendu.

Les présentations qui vous ont été faites sont nombreuses, il n'eût pas été possible de vous les rappeler toutes; j'ai dû choisir celles qui offraient le plus d'intérêt. L'ordre anatomique m'a semblé le meilleur; c'est dans cet ordre que je vous présenterai l'analyse de nos travaux.

Anomalies et monstruosités.

Plusieurs pièces de cette nature ont été soumises à votre examen; quelques unes s'observent assez fréquemment, d'autres sont à la fois plus rares et partant plus intéressantes.

Au sujet d'un fœtus anencéphale que nous a montré M. Dumont-Pallier (page 245), M. Depaul a fait observer qu'on pourrait parfois reconnaître la monstruosité pendant le travail de l'accouchement: en effet, on a observé qu'une pression exercée sur la tumeur molle qui constitue le sommet de la tête, détermine des mouvements convulsifs du fœtus. Si donc, en introduisant le doigt dans l'utérus, on parvenait à sentir au voisinage du nez et de la bouche une tumeur dont le toucher excite des secousses violentes chez le fœtus, on pourrait présumer l'existence de l'anencéphalie.

Un autre fœtus dont l'étude est remplie d'intérêt vous a été présenté par M. Blachez (page 286). Peut-être aurais-je dû vous en parler à propos des lésions de l'appareil digestif, car c'est un kyste développé dans l'épaisseur de la langue; mais ce kyste s'était formé pendant la vie intra-utérine, il avait acquis un volume considérable et constituait, au moment de la naissance, une véritable monstruosité. M. Charrier, chargé de faire un rapport sur cette présentation, a disséqué avec soin tous les organes attenants, et il s'est assuré de leur parfaite intégrité. Le kyste avait pour limites, en avant et sur les côtés, la peau du cou et le maxillaire inférieur dont les deux moitiés ne s'étaient pas soudées; en haut, la langue, qui formait une sorte de doigt de gant creux; en arrière, l'os hyoïde, le larynx et le corps thyroïde. La tumeur s'était rompue pendant l'accouchement; elle avait fourni une assez grande quantité de caillots sanguins et en contenait encore quelques-uns, ainsi que des concrétions osseuses; avant d'être ouverte, elle devait atteindre le volume d'une noix de coco.

De quelle nature était ce kyste? Était-ce bien une grenouillette

qu'une absence complète de la vulve, une conformation normale de tous les autres organes de la génération. Était-ce une difformité congénitale, ou était-elle consécutive à un accouchement, à une gangrène? en un mot, était-ce une cicatrisation vicieuse? Questions difficiles à résoudre, car l'une et l'autre hypothèse trouvent des arguments en leur faveur. Sans doute, la conformation régulière de tous les organes internes semble démontrer que la difformité n'est qu'accidentelle, qu'elle n'a atteint qu'un point limité de l'appareil génital; mais d'autre part, l'absence de brides cicatricielles, la présence d'un orifice situé au voisinage de l'anus et non près du clitoris comme cela se produit lorsque s'établissent des adhérences vicieuses, la régularité même de cet orifice, viennent plaider contre la cause pathologique que nous examinons. Nous pensons, pour notre part, que cette difformité est bien congénitale: en effet, tandis que, chez l'embryon du sexe féminin, la présence du clitoris empêche la réunion sur la ligne médiane des deux scrotums qui plus tard vont devenir des grandes lèvres, cette réunion s'opère chez le fœtus mâle dans toute la hauteur du sillon uro-génital; le raphé médian de la verge et du scrotum n'en sont que les vestiges. Ce travail formateur, normal pour l'un des sexes, peut fort bien s'être produit vicieusement sur l'autre sexe, et nous aurons alors l'explication de la pièce de M. Foville. N'y a-t-il pas, en effet, une complète analogie entre la bande blanche très régulière que nous observons ici et le raphé des organes génitaux mâles. C'est là un très faible degré de ces malformations d'organes génitaux qu'on décrit sous le nom d'hermaphrodisme. L'exemple qui a été mis sous vos yeux par M. Dufour (page 262) est bien autrement tranché. Émilie Gautier, que vous avez examinée, présente des caractères extérieurs mixtes, mais qui tiennent cependant plus du sexe féminin. La description de ses organes génitaux a été faite avec grand soin par M. Dufour; elle présente quelques lacunes impossibles à remplir à cause des difficultés d'examen, mais on peut cependant reconnaître que cet individu doit être classé parmi les hermaphrodites femelles (1).

Permettez-moi, en terminant ce chapitre, de vous rappeler un

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons de M. Dufour qu'Émilie Gautier a eu une première menstruation.

fait que M. Blot a mis sous vos yeux : c'est une absence complète de la trompe avec un ovaire rudimentaire. On rencontre parfois cette absence, mais l'ovaire manque en même temps ; c'est précisément la présence d'un ovaire qui donne à cette pièce son caractère de rareté.

Maladies des os.

La Société a vu passer sous ses yeux un grand nombre de pièces relatives au tissu osseux. Il serait impossible de vous les rappeler toutes. Je ne signalerai que les plus importantes à votre attention.

Vous savez, messieurs, quelles obscurités planent encore sur l'histoire des tumeurs des os ; je ne voudrais en invoquer comme preuve que la riche synonymie de ces affections. Puis encore, caractères cliniques, caractères anatomiques, tout est à faire dans cette voie. Depuis quelques années cependant, grâce aux travaux de Kölliker, de M. Lebert, de M. Robin, et de quelques chirurgiens anglais, on a reconnu que fréquemment des tumeurs osseuses, jusque-là considérées comme cancéreuses ou vasculaires, devaient être distraites de ces deux catégories et rangées parmi les tumeurs homéomorphes ou bénignes. Ces tumeurs, que M. Lebert avait décrites sous le nom de tumeurs fibro-plastiques des os, sont appelées aujourd'hui *myélo-plastiques* par M. Robin, *myéloïdes* par Paget, et *myélo-kystiques* par M. Gray (1). Elles sont constituées par les éléments normaux de la moelle, éléments fœtaux ou défectifs ; elles ont dans leur développement une marche remarquablement plus lente que les cancers, trois, quatre, cinq, dix ans ; elles refoulent les tissus voisins sans les envahir. Des excavations, des kystes existent fréquemment dans leur épaisseur et renferment ou une sérosité roussâtre ou du sang. Ces tumeurs semblent pouvoir naître sur tous les points du squelette ; peut-être cependant sont-elles plus fréquentes sur le membre inférieur, au niveau de l'articulation du genou.

Notons enfin, pour clore ce rapide aperçu, que les individus qui en sont atteints sont en général d'un âge peu avancé, moins de trente ans, et que, comme cela a déjà été indiqué, une violence musculaire, un coup, une chute, semblent avoir déterminé le début du mal.

(1) *Archives générales de médecine*, 1857, février, p. 135.

Ces caractères appartiennent à plusieurs des pièces qui nous ont été présentées. M. E. Nélaton vous a montré une tumeur du fémur (p. 68), et une du maxillaire supérieur (p. 486); M. Gaujot vous en a fait voir une fort remarquable qui s'était développée en dix ans à la partie inférieure du radius (p. 249); M. Topinard a remis une observation fort étendue relative à une volumineuse tumeur du fémur pour laquelle M. Denonvilliers dut pratiquer l'amputation de la cuisse (p. 264).

Les deux pièces de M. Nélaton permettaient, l'une et l'autre, de constater le point de départ de la maladie et de suivre pour ainsi dire la route du produit morbide. En effet, on pouvait voir que la tumeur fémorale adhérait lâchement à la diaphyse de l'os, qu'elle avait refoulé les muscles à sa périphérie, et qu'elle se continuait par un orifice large de 2 à 3 centimètres avec l'intérieur du canal médullaire, où elle semblait avoir débuté. Sur le maxillaire supérieur, on trouvait, du côté de la masse pathologique, deux petites tumeurs, l'une grosse comme un pois, l'autre comme une petite noisette, formées par une substance rougeâtre analogue à la moelle fœtale, sans aucune adhérence avec le tissu osseux, qu'elles semblaient avoir refoulé de toutes parts.

La pièce de M. Gaujot offrait un exemple bien tranché de ce refoulement des organes voisins, refoulement qui laisse persister les fonctions du membre. On voyait les muscles, les nerfs, traverser la tumeur dans des gaines garnies de synoviales ou dans des gouttières de formation nouvelle.

Enfin, la tumeur de M. Topinard renfermait de vastes dilatations kystiques remplies de sang veineux, dont la rapide soustraction au moment où la cuisse fut amputée causa deux syncopes graves chez l'opérée.

C'est ici le lieu de signaler une tumeur d'un autre genre, qui a été bien étudiée par M. E. Nélaton (p. 489) : un kyste dentaire développé en dix-huit mois dans l'alvéole d'une canine chez un jeune sujet de seize ans. Ce kyste renfermait, dans sa paroi postérieure, une dent canine parfaitement conformée et dont la couronne faisait légèrement saillie au dehors, tandis que sa racine se continuait avec trois petits cordons cellulo-fibreux qui ne sont autre chose que des cordons dentaires. Plusieurs cordons analogues se continuent directement avec le tissu gingival et établissent ainsi

des connexions entre le kyste et la gencive. La tumeur indépendante de l'os, dont elle a refoulé la substance, paraît donc bien être un follicule dentaire malade.

Je passe à une autre série de présentations. Vous vous souvenez sans doute encore d'une remarquable pièce de régénération osseuse que M. Liégeois vous a montrée de la part de M. Lépine (de Dijon) (p. 40). Je ne reproduirai pas ce fait, qui est tout entier consigné dans nos bulletins ; mais je vous rappellerai la discussion qui s'éleva à ce sujet sur le rôle du périoste dans la reproduction des os. M. Liégeois, reproduisant les arguments de M. Lépine, pensait que les os ne pouvaient être reconstitués avec leur volume et leur forme que par le périoste ; M. Broca voulut restreindre quelque peu cette propriété exclusive du périoste et montra, par le récit d'une expérience empruntée à M. Médici, qu'une côte peut se régénérer après l'ablation du périoste, du tissu cellulaire et des muscles ambiants. Il faut reconnaître cependant que le périoste joue un rôle de premier ordre, qu'il est souvent le seul agent de la régénération, et qu'en son absence le travail réparateur est fréquemment nul ou insuffisant.

Nous devons à M. Féron (p. 87) une très complète observation de rachitisme ; ce fait est venu confirmer dans son ensemble des recherches fort étendues déposées par notre collègue M. Broca dans nos bulletins de 1852 ; la Société en a eu trop complète connaissance pour que j'y revienne ici. Cependant une circonstance particulière a donné lieu à une discussion au sujet des relations qui existent entre le rachitisme et la phthisie pulmonaire. De cette discussion résulte qu'il n'y a nulle incompatibilité entre l'une et l'autre affection, que la tuberculisation peut bien être une cause de rachitisme, et qu'en fait, chez un enfant tuberculeux, on trouve presque toujours des points du squelette déjà frappés de rachitisme ; mais que, d'autre part, on voit de nombreux enfants tuberculeux et non rachitiques, et d'autres rachitiques, à poitrine très déformée et non tuberculeuse. Il y a dans tout cela des nuances importantes à saisir, et vous en apprécierez sûrement l'utilité pratique.

Vous savez, messieurs, combien on a discuté sur l'infiltration tuberculeuse des os ; je ne saurais vous exposer ici toutes les données contradictoires qui ont été fournies, mais remarquons que si l'on a été jusqu'à nier le tubercule des os, c'est que parfois on

avait voulu considérer comme tubercules des lésions qui devaient recevoir une autre appellation. Ainsi nous avons vu, sur une phalange de l'indicateur que nous a montrée M. Foucher (p. 475), une masse molle, caséuse, d'un jaune pâle, opaque, mêlée de détritux osseux ; cette masse était entourée d'une couche grisâtre transparente. On aurait pu douter de la nature de la lésion ; en effet, ce doute est venu à plusieurs observateurs, mais l'intégrité parfaite de la lame osseuse compacte, la délimitation très nette de la lésion, enfin et surtout l'absence absolue de tubercule constatée par le microscope, permettaient d'établir un diagnostic assuré et de se prononcer pour une ostéo-myéélite.

C'est à une affection de la même nature que nous devons une série très intéressante de présentations de M. Devouges (p. 426). Un homme de quarante-sept ans est amputé de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. Au bout de quinze jours qui faisaient présager une bonne et prompt guérison, l'os fait saillie à travers le lambeau antérieur. Le chirurgien, M. Huguier, se décide à en réséquer une longueur de 6 centimètres. Huit jours après, la même série des phénomènes se reproduit ; l'os fait à travers les chairs une saillie de 3 centimètres : nouvelle résection, d'abord de 4 centimètres, puis de 3 centimètres : en tout 13 centimètres. Quinze jours se passent encore, puis des symptômes alarmants se manifestent, la cicatrisation ne fait aucun progrès, l'opéré succombe.

Vous vous tromperiez grandement si vous ne voyiez dans cette triste suite d'inutiles efforts qu'un des accidents inhérents aux grandes opérations chirurgicales, ou une insuffisance de la méthode opératoire. C'est plus loin qu'il faut chercher la cause du revers. A l'autopsie, on trouve le fémur nécrosé à une hauteur de 5 centimètres, plus haut le périoste est épaissi et vascularisé ; le ligament rond, le cartilage articulaire, sont détruits : le tissu spongieux de la tête fémorale contient du pus. A ces traits nous reconnaissons une ostéo-périostite, et vous comprenez dès lors l'impossibilité de la guérison.

Voici maintenant un fait qui peut-être eût dû être rangé parmi les affections articulaires, mais qui cependant me semble mieux placé ici. C'est d'ailleurs, non comme lésion principale, mais envisagé au point de vue de ses complications, qu'il offre de l'intérêt (p. 374). Une jeune fille de vingt et un ans présentait une

déviation à droite du maxillaire inférieur, une paralysie des mouvements de la langue, un bredouillement qui rendait sa parole inintelligible, enfin une dysphagie très prononcée. A première vue, ces signes semblaient se rapporter à une affection des centres nerveux, aussi la malade fut-elle placée dans le service de M. Rostan. Là on constate l'existence de cicatrices assez nombreuses provenant d'anciens abcès froids, de fistules ; on remarque que les mouvements de la tête sont impossibles, qu'une volumineuse tumeur fait saillie dans le pharynx ; cette tumeur ouverte donne issue à du pus qui continue à couler tout le reste du jour. Au bout de quelques mois la malade succombe après une série de phénomènes que M. Simon, le présentateur, a énumérés en détail. A l'autopsie on constate, outre d'autres désordres, des caries de presque toute la colonne cervicale, l'existence de plusieurs poches purulentes à l'extérieur et à l'intérieur du canal rachidien, poches qui communiquent entre elles à travers les trous de conjugaison et à travers le *trou condylienn antérieur*. Le grand hypoglosse avait-il été enflammé ou seulement comprimé ? Cette question n'est pas élucidée par l'auteur, toujours est-il qu'on peut légitimement attribuer au voisinage du pus la paralysie du nerf et par conséquent la perte des mouvements de la langue dans un de ses côtés.

Comme chaque année, vous avez reçu d'assez nombreuses communications relatives aux fractures ; tant étudié qu'il soit, il reste toujours à glaner quelques faits de détails sur cet important sujet.

MM. Besnier et Wieland (p. 225 et 427) vous ont montré chacun une fracture du crâne : la première, offrant de l'intérêt sous le rapport des complications encéphaliques ; la seconde, très intéressante en elle-même. Cette présentation a permis à votre secrétaire d'étudier à nouveau les conditions anatomiques des écoulements séreux par l'oreille à la suite des fractures, et d'apprécier certains faits insolites d'une explication difficile. M. Lhonneur (p. 23) a mis sous nos yeux une fracture verticale de la cinquième vertèbre dorsale ; c'est une variété assez rare : on trouve d'habitude les apophyses arrachées, les lames séparées du corps vertébral, le corps lui-même écrasé, mais rarement séparé en deux moitiés latérales. Dans un autre cas de M. Doyen (p. 406), nous voyons le chirurgien mettre en pratique l'extension de la tête recommandée dans notre temps par M. Malgaigne ; on remarque, dans cette observation, une limi-

tation très exacte de la paralysie qui permet de reconnaître sûrement le siège de la lésion, mais qui ne fournit aucun renseignement sur sa nature, luxation ou fracture. J'ai consigné dans les bulletins de 1854 un fait qui offre, avec celui de M. Doyen, les plus grandes analogies au point de vue des symptômes : c'était une luxation de la quatrième sur la cinquième vertèbre cervicale.

Nous devons à M. Aubrée (p. 408) une variété de fracture très rarement observée sur le maxillaire inférieur ; elle était la conséquence d'un coup de pied de cheval appliqué sur le menton. L'os était divisé sur la ligne médiane et au-dessous des deux condyles. De plus le fond de la cavité glénoïde gauche était parcouru par un trait de fracture. Il est bon de noter qu'au moment de l'accident il y avait eu un peu d'écoulement sanguin par l'oreille de ce côté. Ce signe mis en présence de la cause, violente contusion du menton, aurait pu faire reconnaître au moins la fracture de la cavité glénoïde, et peut-être faire soupçonner celle des condyles. Quoi qu'il en soit, le fait est très rare et mérite d'être noté. M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, n'en signale qu'un seul cas semblable.

Il ne me reste plus, messieurs, qu'à mentionner quelques faits sur lesquels je ne saurais m'arrêter : c'est une fracture de l'extrémité supérieure du tibia de cause directe qui vous a été présentée par M. Monceau (p. 75). Ces fractures sont peu fréquentes : nos bulletins n'en renferment, jusqu'ici, que trois exemples.

Deux variétés intéressantes de fractures du col fémoral, présentées par M. Labbé (p. 350), ont été appréciées dans tous leurs détails par M. Guyon ; je n'ai pas à y revenir ici.

Enfin, un radius pris sur un sujet traité sept ans avant pour une fracture a été présenté par M. Bertholle (page 444), qui demandait si la fracture avait réellement existé. M. Foucher fit remarquer, à propos de cette pièce, que sur un radius normal le bord postérieur descend plus bas que l'antérieur, tandis que dans le cas actuel les deux bords sont situés sur le même plan ; en conséquence, la fracture doit avoir existé et s'être accompagnée d'un certain degré de pénétration qui a entraîné le changement de position relative des bords.

Articulations.

Un très petit nombre de pièces relatives aux articulations ont été mises sous vos yeux. A peine aurai-je à vous signaler quelques faits.

Vous savez tous, messieurs, quelle part revient à la Société anatomique dans l'étude de certaines variétés d'arthrite chronique et de ces productions généralement décrites sous le nom de corps étrangers ou corps flottants articulaires. Vos comptes rendus de chaque année sont trop pleins de ce sujet pour qu'il soit utile d'y revenir, comme théorie générale.

Cependant une distinction importante a été faite par l'un de nos collègues, M. Foucher (page 244), et doit trouver ici sa place. Ouvrez vos bulletins et cherchez ce qui est relatif aux corps étrangers des articulations; vous verrez qu'il existe en même temps des altérations graves et profondes d'une ou de plusieurs articulations, que les cartilages sont détruits, qu'il existe des formations périostales ou synoviales récentes, que les corps libres se présentent en séries nombreuses. Ces lésions, vous les connaissez : c'est le dernier terme de l'arthrite sèche, méconnue ou non soignée pendant la vie, et parcourant toutes les phases de son évolution. Au contraire, consultons les recueils de faits cliniques : il y est question de corps flottants, le plus souvent uniques, le plus souvent placés dans la synoviale du genou, et donnant lieu à un appareil symptomatique très caractéristique. En apparence, ce sont là deux affections distinctes. Il n'en est rien au point de vue anatomo-pathologique : c'est une seule et même chose, un travail morbide unique ; seulement, tandis que le chirurgien le constate et le combat à ses premiers débuts, l'anatomiste, étudiant sur le cadavre, rencontre des lésions que leur gravité et leur ancienneté placent au-dessus des ressources thérapeutiques.

Vous apprécierez parfaitement ces différences si vous mettez en regard la présentation de M. Faucher, relative à des corps multiples de l'épaule et du coude, et l'observation recueillie par M. Nadau dans le service de M. Laugier (pages 46 et 520) relative à un corps étranger du genou. Mais ce fait nous suggère quelques réflexions. Et d'abord doit-on, avec M. Nadau, considérer un

faux pas fait par le malade et suivi d'une vive douleur, comme la cause première du corps flottant ? Sans doute, nous comprenons bien que, si l'on persiste dans l'opinion que ces corps mobiles ne sont que des fragments de cartilage détachés, il faut trouver une cause traumatique, et on est tout naturellement conduit à prendre un symptôme initial et fortement accusé pour une cause bien antérieure et qui échappe à l'observation clinique. C'est précisément l'étude des faits anatomo-pathologiques si fréquemment répétée au sein de la Société qui nous met en garde contre cette interprétation vicieuse.

Il est inutile d'insister ici sur la gravité des plaies articulaires, c'est un fait notoire. Remarquons cependant que l'opéré de M. Laugier, qui succomba à une arthrite purulente, fut peut-être exposé à ce redoutable accident par des tentatives antérieures de fixation du corps étranger en dehors de la synoviale, tentatives qui probablement avaient déterminé déjà des adhérences assez solides.

Donnons, en passant, une mention à deux pièces de coxalgie. L'une, de M. Cavasse, était une luxation du fémur consécutive à une tumeur blanche guérie depuis soixante ans. Cette luxation s'accompagnait de quelques désordres appartenant à l'arthrite chronique. L'autre pièce, montrée par M. Aubrée, était une perforation du fond de la cavité cotyloïde par la tête du fémur ; cependant l'os avait été arrêté dans son mouvement ascensionnel par les fibres de l'obturateur interne et par les débris de la capsule articulaire ramassée autour du col.

Je signalerai, en terminant ce paragraphe, deux pièces de luxation traumatique qui ont été mises sous vos yeux par M. Lala. Ce sont une luxation en arrière de la phalange unguéale du pouce, et une luxation ischiatique complète du fémur. Je ne saurais, à ce sujet, rien ajouter à nos bulletins.

Appareil digestif et annexes.

Par l'importance de ses fonctions, l'étendue de son trajet, la multiplicité et la gravité des affections dont il est le siège, l'appareil digestif fournit aux études nécropsiques une moisson sans cesse renouvelée. Au milieu de faits nombreux, j'ai dû faire un choix

et ne rappeler à vos souvenirs que ceux qui me semblaient avoir quelque importance.

Vous ne trouverez pas mauvais que j'aie consacré un paragraphe spécial aux hernies. Cette division m'a semblé nécessaire, pour ne pas grouper sans ordre des objets qui n'ont que des affinités apparentes.

Deux faits intéressants de division congénitale du voile du palais ont été mis sous vos yeux. Dans le premier cas présenté par M. Legendre (p. 34), la division, située à gauche de la ligne médiane, s'arrêtait à 4 centimètre de la voûte palatine; cette voûte ainsi que les lèvres et la luvette étaient à l'état normal. Le muscle pharyngo-staphylin, très développé, formait une large bande musculaire recouvrant toute la moitié droite du voile du palais. Comme l'a très bien fait ressortir M. Legendre, la réunion n'aurait pu être obtenue qu'en employant le procédé de Fergusson. Sur la pièce que vous a montrée M. Siredey (p. 179), le maxillaire supérieur, moins développé qu'à l'état normal, était emboîté par le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur, et quoique le voile du palais fût seul divisé sur sa ligne médiane dans une étendue de 2 centimètres et demi, le bord postérieur de la voûte palatine, au lieu d'être transversal, formait un V à pointe dirigée en avant, en sorte que le bord courbe formé par la réunion des deux moitiés du voile ne contenait pas de lame osseuse et était constitué par l'accolement des muqueuses palatines et nasales, très amincies. Le muscle palato-staphylin faisait seul défaut, les autres envoyant symétriquement leurs fibres jusqu'aux bords de la division et produisant un écartement de 48 millimètres. Pour satisfaire aux diverses indications d'un cas aussi complexe, il eût fallu, suivant M. Siredey, employer à la fois le procédé de Roux et celui de Fergusson, méthode mixte qui a fourni à M. Nélaton un beau succès et lui a permis de réunir toute l'étendue du voile du palais dans un cas de division complète portant sur cet organe et sur toute la voûte palatine.

M. Nadaud (p. 119) vous a fait voir une tumeur glandulaire du voile du palais, tumeur facile à énucléer, de la grosseur d'une noix, développée entre la couche antérieure des muscles et la muqueuse. L'histoire de ces tumeurs a été tracée d'une manière complète dans ces dernières années; le cas de M. Nadaud vient con-

firmier tout ce que vous connaissez sur la nature, la marche, la bénignité de cette affection.

Au nombre des causes des rétrécissements inflammatoires de l'œsophage, une des plus fréquemment observées est l'ingestion d'acides concentrés, et vos bulletins sont riches en faits de ce genre. Cette année M. Luton (p. 497) est venu vous en apporter un exemple remarquable, et par la lésion en elle-même, et par les complications qu'elle a présentées. Il s'agissait d'une femme qui, ayant bu par mégarde un acide assez concentré, succomba, après une longue inanition, à un rétrécissement double de l'œsophage et à une gangrène du poumon. Vous n'avez pas oublié, sans doute, les ingénieuses hypothèses dont le présentateur a fait suivre cette importante observation.

D'une part, l'absence de cicatrices dans la longueur de l'œsophage et même dans la bouche lui fait supposer que, conformément au dire de la malade, l'acide n'est pas arrivé au contact de la muqueuse œsophagienne, ou au moins ne l'a pas entamée ; et alors les rétrécissements ne seraient pas dus   l'inflammation, mais ils seraient consécutifs à un resserrement, à une rétraction musculaire survenant sous l'influence de l'inaction presque complète à laquelle le tube œsophagien a été condamné pendant une abstinence prolongée. Quant à la gangrène pulmonaire, il croit pouvoir la rattacher au début de l'affection, et l'expliquer par la chute de quelques gouttes du liquide caustique à travers la trachée et les bronches.

Dans un judicieux rapport, M. Millard (p. 504) vous a démontré que ces rétrécissements étaient bien d'origine inflammatoire, qu'ils n'avaient pas pour si ge la membrane muqueuse, mais, comme l'a indiqué M. Follin, l'épaisseur du tissu sous-muqueux. Ce si ge de l'induration et cette circonstance d'un double rétrécissement confirment l'analogie déjà signalée au point de vue anatomo-pathologique entre les rétrécissements de l'œsophage et ceux de l'urèthre. Je ne vous r p terai pas tous les arguments puisés dans l'observation elle-même, que le rapporteur a fait valoir pour rattacher la gangrène pulmonaire à l'inanition prolongée ; il vous a rappelé que ce rapport étiologique déjà établi, par les recherches du docteur Guislain, avait été confirmé par les faits plus récents du docteur Fischel de Prague. A l'appui de cette opinion, M. Millard (p. 507)

vous a fait part d'un fait de rétrécissement annulaire par un cancer épithélial de la partie supérieure de l'œsophage avec gangrène pulmonaire survenant comme accident ultime, et produite bien évidemment par l'abstinence prolongée. Ces deux faits, en prouvant que la gangrène pulmonaire peut être déterminée par l'inanition, nous permettent d'ajouter à l'histoire des rétrécissements de l'œsophage une complication des plus graves qu'aucun auteur n'a encore mentionnée.

Parmi les pièces pathologiques que vous a fournies le tube intestinal, une des plus curieuses est un exemple d'oblitération congénitale de l'intestin que vous a apporté M. Depaul. Il y avait continuité apparente de l'intestin, et cependant son canal était oblitéré assez loin du cæcum, vers le niveau de la réunion du jéjunum et de l'iléon. Dans un autre fait dont il vous a fait part, le tube était interrompu à la jonction de l'intestin grêle et du cæcum par un cordon fibreux de 4 ou 5 centimètres, continuant l'iléon et s'attachant sur le gros intestin au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Dans les deux cas un anus artificiel avait été opéré suivant le procédé de Littre; l'intestin grêle avait été ouvert et le cours des matières rétabli.

M. Depaul avait diagnostiqué que l'oblitération devait être très haut, et probablement sur l'intestin grêle, en se fondant sur les signes suivants :

1° Une sonde introduite très loin dans le gros intestin ne retirait qu'un mucus grisâtre, sans méconium.

2° Les vomissements étaient venus très rapidement.

3° La percussion le long du gros intestin, et surtout à gauche le long du côlon descendant, donnait un son clair; tandis que, lorsque l'obstacle existe près de l'anus, l'intestin distendu par le méconium donne un son mat.

Les exemples d'oblitération congénitale en un point aussi élevé de l'intestin sont excessivement rares, et les deux faits de M. Depaul sont probablement uniques; car les recherches qu'il a faites pour en trouver de semblables dans les auteurs sont restées infructueuses.

Les recherches de notre honorable président sur les symptômes et l'anatomie pathologique de l'ulcère simple de l'estomac se confirment chaque année par de nouveaux exemples.

De ces présentations qui ont figuré dans les comptes rendus précédents, les uns vous ont montré l'ulcération surprise à ses diverses périodes, depuis la simple érosion de la muqueuse jusqu'à la perforation complète ; d'autres vous ont fait voir comment des organes voisins de l'estomac, foie, rate, etc., peuvent venir obturer la perforation et, en contractant des adhérences, remplacer la portion de paroi qui fait défaut. Sur la pièce que M. Potain a mise sous vos yeux, vous avez pu voir une solution de continuité intéressant, dans une certaine étendue, les tuniques muqueuse, celluleuse et musculuse ; une partie de cette solution de continuité était réunie par un tissu cicatriciel, dont la rétraction bridait transversalement l'estomac vers son milieu et le partageait, comme un bissac, en deux portions globuleuses. Par sa face postérieure, et près du pylore, l'estomac adhérait au pancréas, et, comme l'a fait remarquer M. Axenfeld dans les savantes considérations de son rapport, cette adhérence, en fournissant une insertion anormale aux fibres charnues, a dû changer le mode de contraction du viscère et coopérer, avec la rétraction cicatricielle, à lui donner cette forme singulière qui a frappé votre attention, forme rare mais déjà signalée dans les premières observations de M. Cruveilhier. L'ulcère avait son siège à la partie postérieure de l'estomac, près de la petite courbure ; cette circonstance, en apparence contradictoire de l'existence d'une cause traumatique, a fourni matière à une judicieuse argumentation, dans laquelle le rapporteur, tout en restant dans une sage réserve, a établi devant vous que le coup reçu sur la région épigastrique, point de départ des accidents, suivant le dire de la malade, aurait tout aussi bien pu causer une lésion primitive, une déchirure des tuniques stomacales, qu'exaspérer une affection déjà ancienne. Dans les deux hypothèses, soit comme cause primitive, soit comme cause adjuvante, cette contusion aurait pu déterminer les vomissements et l'hématémèse.

Sur l'estomac que vous a montré M. Plata-Azuero, on voyait trois ulcérations d'âges en apparence différents, dont la plus étendue était en voie de cicatrisation ; les parois de l'estomac, surtout au niveau du pylore, étaient hypertrophiées à ce point que, pendant la vie, on avait constaté une tumeur et diagnostiqué une affection cancéreuse. Ce serait le sujet d'une étude bien intéressante, et qui éclairerait bien des questions encore obscures, que l'histoire

des hypertrophies des parois de l'estomac, hypertrophies de variétés très diverses, et que bien souvent on confond avec le cancer.

Nous devons à M. Guyot (page 78) un exemple de cancer des parois de l'estomac, avec cette particularité, indiquée, du reste, par plusieurs observateurs, d'une absence complète de signes caractéristiques ; l'infiltration cancéreuse n'avait envahi que la petite courbure de l'estomac ; elle n'était pas encore arrivée à la période d'ulcération, et les orifices étaient libres. Il n'en était pas de même sur la pièce que vous a montrée M. Foville (page 456) : dans ce cas, le pylore était la seule portion de l'estomac envahie par le cancer ; mais, par une rare particularité, l'altération morbide avait gagné la tête du pancréas, qui, ramollie et perforée, formait une sorte de canal rétablissant la communication entre l'estomac et le duodénum, et suppléant, en quelque sorte, l'orifice pylorique, presque complètement oblitéré. Une diarrhée colliquative, coïncidant avec la cessation de vomissements incessants observés jusque-là, signala la formation de cette voie anormale.

Sur la pièce qui vous a été présentée par M. Barth (page 440), les parois de l'estomac et le pancréas étaient, comme dans le fait de M. Foville, en proie à la dégénérescence cancéreuse ; mais, dans cet exemple, un des plus beaux qui se puissent voir d'une lésion aussi rare, le pancréas tout entier avait subi la transformation morbide, et son tissu glandulaire avait complètement disparu. Cette lésion n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie, et bien qu'elle formât une tumeur du volume des deux poings, sa position profonde, à cheval sur la colonne vertébrale, sa situation en arrière de l'estomac, n'avaient pas permis de la reconnaître. Un dépérissement rapide, des douleurs de ventre vives et intermittentes, et une diarrhée rebelle, avaient été les principaux symptômes observés. M. Barth (page 444) vous a encore fait voir une hépatite traumatique purulente accompagnée d'un abcès profond de la paroi thoracique. Une discussion s'est élevée pour décider si ces abcès du foie, dont quelques-uns avaient le volume d'un petit œuf, étaient inflammatoires et consécutifs à une contusion de l'hypochondre droit, ou bien n'étaient que de simples abcès métastatiques. La première opinion a été appuyée par MM. Houël et Axenfeld, et votre secrétaire a trouvé, dans la présence d'une membrane pyogénique revêtant ces abcès, dans leur volume, dans leur aspect,

des caractères qui les différenciaient nettement des collections purulentes métastatiques. L'action de la cause vulnérante avait été plus directe et plus énergique dans l'exemple de rupture du foie que nous devons à M. Bertholle. Cet organe était déchiré verticalement dans toute son épaisseur et dans presque toute l'étendue du lobe droit. Onze côtes étaient fracturées; mais aucun fragment ne pénétrait vers l'abdomen, et l'action contondante pouvait seule être invoquée ici. Le poumon, par son élasticité plus grande, avait échappé à la déchirure. Je ne pense pas que cette immunité du tissu pulmonaire, dans une compression aussi violente, puisse être objectée à la théorie soutenue par M. Gosselin dans son mémoire sur les déchirures du poumon sans fracture de côte correspondante. Le blessé avait été surpris, pendant le sommeil de l'ivresse, par la roue d'une voiture pesante; par conséquent, cet état de dilatation et de tension des cellules pulmonaires par les phénomènes physiologiques de l'effort, condition nécessaire à la production des ruptures, sur laquelle M. Gosselin a insisté à juste titre, faisait ici complètement défaut. Ce fait négatif confirme l'interprétation donnée aux observations de rupture du poumon publiées par Hewson et Smith.

M. Gallard vous a présenté un abcès du foie, de 18 centimètres de diamètre, parfaitement limité par le tissu hépatique, abcès curieux en ce qu'il était le produit d'une hépatite inconnue dans sa cause, et dont les symptômes sont restés latents, curieux encore par la complication qu'il a déterminée en provoquant successivement la phlegmasie du péritoine, du diaphragme de la plèvre et du péricarde.

Une communication intéressante vous a été faite par M. Tarnier (page 404) sur des taches sanguines du foie, qu'il considère comme le premier degré des abcès métastatiques dans cet organe. L'examen microscopique de cette lésion a été fait par M. Vulpian: le foie contenait une grande quantité de graisse, et M. Tarnier a insisté sur cette particularité, qu'il croit être un fait physiologique de l'état puerpéral et qu'il a rencontré dans toutes les autopsies de femmes en couches.

Vous devez à M. Schloss (page 364) une observation de pénétration probable d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires. Cette pénétration aurait eu lieu pendant la vie, aurait déterminé

des coliques hépatiques et un ictère, et la guérison aurait suivi de très près l'expulsion de l'helminthe. C'est une hypothèse dont M. Vidal a cherché, dans son rapport, à établir les probabilités, et, en l'absence de preuves directes tirées des faits mêmes, en rapprochant les principaux faits connus d'ascarides trouvés dans les voies biliaires, il a tenté de vous démontrer la possibilité de cette pénétration pendant la vie.

Je signale, en passant, un kyste hydatique du foie, très volumineux, que vous devez à M. Lala, et un kyste hydatique de la rate, trouvé sur un enfant de quatorze ans par M. Dubouée.

Je vous rappellerai encore quelques-uns des cas assez nombreux d'hypertrophie de la rate qui vous ont été présentés. Parmi ces faits, les plus dignes de votre attention sont celui de M. Gombault (page 461), dans lequel on trouva, à l'autopsie, une rate et un foie considérablement augmentés de volume; celui d'hypertrophie de la rate, consécutive à la cachexie paludéenne d'Afrique, que vous a montré M. Millard (page 452); celui que vous a apporté M. Gallard (page 3), et à propos duquel la guérison de la leucocythémie a été discutée. Tous les symptômes cliniques de cette maladie, moins l'altération du sang, avaient été observés sur la malade dont M. Guyot (page 452) vous a fait voir la rate pesant près de 3 kilogrammes et demi, et contenant des infiltrations hémorragiques. Malheureusement, dans ce fait, les vaisseaux n'ont pas été examinés. Peut-être eût-on trouvé une phlébite ou une oblitération de la veine splénique, comme dans le cas d'hypertrophie hémorragique de la rate que M. Barth a montré à la Société en 1854 (page 366, année 1854), et que l'aspect du tissu splénique incisé nous rappelait parfaitement. Malgré les nombreuses recherches faites sur la physiologie et la pathologie de la rate, bien des questions sont encore obscures, bien des états morbides de cet organe sont indéterminés; mais de l'absence de dyscrasie leucocythémique dans ces différents cas d'hypertrophie splénique, il faut tirer cet enseignement que si, comme tout semble le démontrer jusqu'à ce jour, la diathèse leucocythémique est liée à une altération des solides, cette altération est d'une nature spéciale; car la modification caractéristique des éléments essentiels du sang ne se rencontre pas indistinctement avec toutes les hypertrophies. Cette modification ne porte-t-elle que sur le nombre des globules blancs, comme l'ont

admis jusqu'ici les auteurs qui se sont occupés de cette question, ou bien porte-t-elle encore sur leur structure? Sont-ils altérés, plus granuleux qu'à l'état normal, infiltrés de graisse, comme tendraient à le faire supposer les recherches de M. Vulpian (page 405)?

C'est encore par la liaison d'une dyscrasie avec une altération spéciale des capsules surrénales qu'il nous faudra expliquer ce fait de maladie bronzée d'Addison dont M. Ladreit de la Charrière vous a remis l'observation, fait déjà présenté par M. Trousseau à l'Académie de médecine et qui nous a valu un consciencieux rapport de M. Blondeau.

Cette question est encore trop récente, trop pleine d'obscurités, et nous en avons vu un trop petit nombre de faits, pour qu'il nous soit permis de vous en présenter un résumé satisfaisant.

Hernies. — Nous avons reçu un certain nombre de communications relatives aux hernies. Quelques-unes sont seulement des variétés moins fréquentes par leur siège : ainsi MM. Millard et Dumont-Palier nous ont fait voir deux hernies diaphragmatiques du côté gauche, prises, la première sur un enfant de quatre jours qui semble avoir succombé à la dyspnée, la seconde sur un fœtus à terme mort-né. Dans le premier cas, l'intestin grêle et une portion du gros intestin étaient contenus dans la poitrine ; dans le second, l'estomac, la rate, le duodénum, une portion de l'intestin grêle, avaient fait irruption dans la poitrine.

Ces deux pièces étaient empruntées à des nouveau-nés, et l'on ne pouvait par conséquent pas apprécier les troubles des fonctions digestives. Il est permis de croire que, dans certaines circonstances, ces troubles sont nuls. Vous trouverez dans le *Moniteur des hôpitaux* de cette année l'histoire d'un homme de cinquante neuf ans qui succomba à une variole : jamais il n'avait offert le moindre signe de hernie interne. A l'autopsie on trouva une hernie diaphragmatique renfermant le côlon transverse, l'estomac, la rate et une portion de l'épiploon.

Une hernie obturatrice a été mise sous vos yeux par M. Lallemand : cette pièce avait été recueillie sur une femme de cinquante-trois ans qui avait succombé en présentant tous les symptômes d'un étranglement interne. M. Duchaussoy, examinant avec soin

cette présentation, a reconnu que le cours des matières fécales n'avait pas pu être interrompu, car ce n'était pas l'intestin lui-même, mais bien un diverticulum de 3 centimètres de longueur qui remplissait le sac. De plus, il n'y avait pas un étranglement véritable, car l'intestin adhérait à tous les points du sac et à son collet ostéo-fibreux. Il est rationnel de penser qu'il y a eu une violente inflammation de l'intestin hernié et que là est la cause des accidents.

Vous savez, messieurs, tous les efforts faits depuis dix ans pour distinguer l'étranglement inflammatoire ou pseudo-étranglement, de l'étranglement primitif ou véritable : nous allons trouver une variété de cette première espèce ; mais on rencontre aussi des cas où l'inflammation du sac et de l'intestin, sans nulle constriction au niveau de l'orifice, cause des accidents redoutables auxquels M. Malgaigne a donné le nom de *péritonite herniaire*. M. Doyen vous en a fait voir une des mieux caractérisées qui a occasionné la mort du malade ; l'orifice du sac pouvait admettre les cinq doigts, il n'y avait donc aucun étranglement. Les faits présentent un caractère plus douteux dans l'observation de M. Bonfils : une hernie crurale devient irréductible ; on fait des tentatives énergiques et infructueuses ; les accidents s'aggravent. Le lendemain, la réduction est facile ; mais elle précède de quelques heures seulement la mort. L'autopsie fait voir une péritonite intense du sac, de l'intestin hernié et même du péritoine abdominal. Sur l'intestin, l'inflammation était parfaitement limitée à l'anse herniée. N'est-on pas en droit de croire avec M. Blot que, dans ce second cas, la péritonite avait été consécutive à un étranglement ? Cette manière de voir nous semble la plus probable.

Il n'est pas toujours donné de constater la cause anatomique de l'étranglement. M. Devouges nous a fait voir une pièce où le collet du sac jouait le rôle d'agent constricteur sans qu'il fût possible d'avoir le moindre doute à cet égard. Tandis qu'on pouvait facilement introduire deux doigts dans l'anneau inguinal, le collet du sac admettait avec peine un manche de plume.

Ces difficultés qu'on éprouve à constater le siège de l'étranglement vous ont frappés en examinant une hernie crurale que nous a montrée M. Besnier. On avait par deux fois porté le bistouri sur le ligament de Gimbernat, et cependant, en rapprochant les bords

de l'incision, il était aisé de voir que l'anneau crural était large. Le débridement avait donc été inutile. C'était une conclusion prématurée, car une étude plus attentive faisait voir que la hernie s'était fait jour à travers le fascia crebriformis, et que le ligament de Gimbernat constituait seulement le bord supérieur de l'anneau anormal.

Le chirurgien rencontre parfois, en débridant une hernie, des obstacles qu'il ne peut vaincre ou qu'il ne saurait prévoir. M. Verneuil a mis sous vos yeux des pièces recueillies sur un homme qu'il avait opéré d'une hernie inguinale et qui succomba le lendemain de l'opération. A l'autopsie, il n'y avait pas de péritonite, l'anneau était libre, l'intestin n'était pas ressorti ; mais l'anse intestinale était entourée par un demi-anneau fourni par l'épiploon, qui bridait ainsi le calibre de l'intestin ; il y avait donc en même temps qu'un étranglement au niveau de l'anneau inguinal une sorte d'étranglement interne auquel il faut attribuer la mort du malade.

Nous trouvons, dans notre Bulletin de cette année, un autre exemple d'une complication analogue. On amène à la Charité une femme de soixante-sept ans, pâle, faible, les extrémités froides, n'ayant pas eu de selles depuis plusieurs jours : elle porte une hernie crurale déjà opérée quelques années auparavant. Cette hernie est réduite assez facilement ; mais les accidents persistent, et la malade ne tarde pas à succomber. A l'autopsie, on trouve une anse intestinale de 1 mètre de long, tordue et roulée sur elle-même de manière à interrompre le cours des matières fécales.

Nous devons à M. Cavasse des pièces éminemment instructives recueillies chez un malade opéré d'anus contre nature.

Vous savez, messieurs, de quelles précautions doit s'entourer le chirurgien dans de semblables opérations, quelles difficultés on éprouve à reconnaître l'un et l'autre bout de l'intestin, à savoir si ces deux bouts sont en contact ou éloignés l'un de l'autre, s'il existe entre eux cette double cloison que nous connaissons sous le nom d'éperon. Sur le malade de M. Cavasse, un simple repli de la paroi intestinale simulait l'éperon, et, après examen réitéré, l'entérotome avait été fortement serré sur ce repli. Au bout de trois jours, l'opéré succombait dans un état adynamique très marqué. A l'autopsie, on constatait que les deux extrémités de l'entérotome, appliquées sur un point où les deux faces sereuses n'étaient pas en

contact, que ces deux extrémités avaient perforé les tuniques intestinales et faisaient saillie à l'intérieur du péritoine.

Appareil de la respiration.

Si les communications qui ont eu pour objet les voies respiratoires ont été peu nombreuses, en revanche, plusieurs ont excité le plus vif intérêt. En première ligne, je citerai cette belle observation d'emphysème sous-cutané général, produit par la rupture d'une caverne pulmonaire, et cette autre de caverne pulmonaire ouverte dans le canal rachidien, dues toutes deux à notre honorable président. A une description saisissante il a joint des réflexions et des conclusions d'une haute portée pratique, et c'est un mémoire précieux dont il a enrichi nos Bulletins.

L'emphysème sous-cutané des parois thoraciques peut survenir encore autrement que par la rupture d'une caverne pulmonaire; il peut être le résultat d'une perforation bronchique, comme dans l'observation de M. Simon, qui se place tout naturellement à côté des faits précédents. Un ganglion bronchique tuberculeux, arrivé à la dernière période du ramollissement, avait, par voisinage, ulcéré et détruit dans une très petite étendue non-seulement les parois de la bronche droite, mais aussi celles de l'œsophage. Dans un accès brusque de suffocation, l'emphysème sous-cutané se produisit, non pas à droite, comme on aurait pu le supposer, mais dans les parois gauches de la poitrine; il ne devint pas général comme chez le malade de M. Cruveilhier, et pourtant les accès de suffocation se reproduisirent, et la mort arriva le sixième jour. Les poumons ne présentaient que des granulations grises disséminées.

Relativement au tissu dans lequel se développe le tubercule pulmonaire à son origine, la science, a dit M. Louis, n'offre que doutes et incertitude. Cependant M. Vulpian vous a montré, sur un fragment de poumon, que les petits tubercules qui se présentaient à la surface de la coupe étaient tous percés d'un trou central, et il lui a paru rationnel d'admettre que ces tubercules commençaient à se développer sur les parois des ramifications bronchiques. C'est certainement là une des questions les plus intéressantes d'histologie pathologique qu'on puisse soulever et que le microscope est appelé à résoudre.

M. Moysant a fait voir un bel exemple de fausses membranes diphthéritiques tubulées et ramifiées, recueillies sur un enfant opéré du croup. Il n'est pas d'années où l'on n'en recueille de semblables dans les hôpitaux d'enfants. M. Barth a soulevé à ce propos une des questions les plus délicates : celle de l'auscultation appliquée à reconnaître l'existence de fausses membranes dans les bronches, dans les cas de croup confirmé. En admettant comme irrécusable la valeur des signes stéthoscopiques établis par notre savant collègue, tous les médecins ou chirurgiens qui ont été appelés à faire la trachéotomie, sont unanimes à reconnaître la difficulté qu'on éprouve à rechercher ces signes quand la respiration est sifflante, que les bruits pulmonaires sont complètement masqués par le retentissement du bruit laryngo-trachéal, et que l'enfant est d'ailleurs dans un état d'asphyxie imminente. L'arbre aérien fût-il envahi par la diphthérie dans une certaine étendue, je pense avec notre collègue M. Bailly que ce ne serait pas là une contre-indication formelle, si l'enfant était vigoureux, assez âgé, et ne présentait pas d'autre complication.

Enfin, M. Pillon vous a montré les pièces fort curieuses d'un kyste hydatique du poumon gauche, terminé par suppuration, vomique et hémorrhagie interne, et qui avait été pris pendant plusieurs mois pour une pleurésie. Ce fait, extrêmement rare et fort intéressant sous le rapport des signes fournis par l'auscultation et des difficultés insurmontables qu'a présentées le diagnostic, a occupé la presse médicale l'an passé, et se trouve reproduit dans une excellente thèse de M. le docteur Garreau sur les hydatides du poumon. Ce médecin, de même que notre collègue M. Charnal, conclut que, toutes les fois que des hydatides n'auront pas été rejetées au dehors, le diagnostic de ces kystes est impossible dans les données actuelles de la science.

Appareil de la circulation.

Les maladies de cet appareil ont porté exclusivement cette année sur le cœur et les artères ; ni les veines ni les capillaires n'ont été directement en cause.

M. Millard vous a apporté un type de péricardite hémorrhagique. Outre l'épaisseur extraordinaire de la fausse membrane, qui n'avait

pas moins de 8 à 9 millimètres, il a fait ressortir la rareté de la péricardite primitive, l'absence de douleur localisée et d'anxiété apparente, la gêne énorme de la circulation révélée par l'état du poulx, et une cyanose générale dont la malade n'avait pas conscience. Il a également insisté sur la transmission, jusqu'au dernier jour, des bruits respiratoires à travers un double hydrothorax. Ce phénomène singulier d'auscultation a, du reste, été l'objet d'une discussion approfondie, l'an passé, au sein de la Société médicale des hôpitaux.

La péricardite laisse souvent après elle des adhérences très fâcheuses, dont M. Potain vous a fait voir un bel échantillon. Bien que la maladie ne remontât pas à plus d'un an, on trouva le péricarde très épaissi, uni au cœur, dans toute son étendue, par un tissu cellulo-fibreux blanc, fin, serré et d'une résistance telle, qu'il était absolument impossible de le déchirer.

Ces adhérences générales du péricarde ont occupé sans grands résultats un certain nombre d'hommes éminents, parmi lesquels Haller, Senac, Corvisart, Laënnec, MM. Bouillaud, Hope, Beau et Aran tiennent la première place. Le travail le plus récent est le mémoire de ce dernier, inséré dans les *Archives* de 1844, où il a cherché à établir que, dans les adhérences générales du péricarde, le second bruit du cœur perd non-seulement de sa clarté, mais encore de sa durée et de son étendue. Ces idées ont été généralement combattues. M. Potain a été très frappé, chez son malade, des trois symptômes suivants : absence de choc à la pointe du cœur, impulsion diastolique à la base, et dédoublement du deuxième temps; et il s'est efforcé de les rattacher à l'existence des adhérences péricardiques. Vous voyez tout de suite à quel point il est en contradiction avec M. Aran au sujet du second bruit : l'un prétend que ce bruit doit être très affaibli et presque effacé; l'autre, au contraire, veut qu'il soit dédoublé. La valeur de ce dédoublement, de ce bruit de marteau stéthoscopique, comme on l'a appelé, est loin d'être facile à établir; et, quant aux deux autres signes invoqués par M. Potain, il faudrait faire entrer en ligne de compte l'hypertrophie ventriculaire et la position exacte du cœur, qui n'a pas été signalée à l'autopsie de sa malade. Il me semble donc que, jusqu'à nouvel ordre, nous devons continuer d'avouer qu'il n'existe aucun signe capable de faire reconnaître ou même soupçonner pen-

dant la vie les adhérences générales ou partielles du péricarde.

On en trouverait une nouvelle preuve dans l'observation de ce malade mort d'un cancer de l'estomac, et dont le cœur, que vous a présenté M. Millard, était recouvert à la surface de productions accidentelles fort curieuses. La cavité du péricarde avait complètement disparu par suite d'adhérences intimes entre les deux feuillets, et pourtant on n'avait jamais constaté le moindre signe du côté du cœur. Quant à ces petites tumeurs, elles formaient, à l'organe central de la circulation, un revêtement complet, et il est vraiment regrettable que leur véritable nature n'ait pu être mieux établie.

Les lésions des orifices ou des valvules du cœur sont incomparablement plus fréquentes dans les cavités gauches que dans les cavités droites. La différence serait dans le rapport de 46 à 4, suivant Clendinning; de 20 à 4, suivant Hope. La rareté donne donc beaucoup de prix à l'observation de maladie du cœur droit, recueillie par M. Goupil. Il s'agissait d'une dilatation énorme de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, qui n'avait pas moins de 43 centimètres de circonférence et admettait l'extrémité des cinq doigts; la valvule triglochine, quoique parfaitement saine, était manifestement insuffisante. La lésion était probablement congénitale, et avait produit, dès les premiers mois de la vie, une teinte cyanique de la face et des membres supérieurs, qui avait fait croire à une communication des cavités droites et gauches. M. Goupil a fait ressortir avec raison la relation étroite qui existait entre les symptômes et les lésions anatomiques; et, sous ce rapport, peu d'observations de maladies du cœur sont aussi complètes et aussi satisfaisantes.

Les exemples de rupture du cœur ne sont pas très rares, et chaque année on en observe dans les hôpitaux consacrés à la vieillesse. Celui qu'a recueilli M. Danner provenait d'un ancien acteur, âgé de soixante-dix-neuf ans et sujet à des accès d'angine de poitrine. La mort avait été instantanée, comme c'est la règle, et M. le professeur Rostan a en effet démontré que c'était là une des principales causes de mort subite. La rupture siégeait sur le ventricule gauche, comme cela a lieu d'ordinaire, et avait été préparée par le ramollissement gélatiniforme des parois. Contrairement aux lois posées par M. Bland, elle était plus étendue du côté de la cavité

ventriculaire que du côté du péricarde, et M. Vidal, dans son rapport, a cherché, par une hypothèse ingénieuse, à justifier cette anomalie ; mais peut-on espérer de pénétrer jamais le mécanisme intime d'accidents aussi rapides dans leur marche et aussi difficiles à observer ?

Des grands appareils de l'économie, il n'en est pas qui soient plus sujets aux anomalies que celui de la circulation. Chez un enfant nouveau-né, mort quatre-vingt-sept heures après sa naissance, et chez qui une cyanose générale avait fait croire à une persistance simple du trou de Botal, M. Charnal vous a fait voir un vice de conformation extrêmement complexe du cœur et des gros vaisseaux de la base. Outre la persistance du trou de Botal, il y avait absence, au moins apparente, du tronc de l'artère pulmonaire, origine anormale des branches pulmonaires qui naissaient de l'aorte, communication de l'oreillette et du ventricule droit avec le ventricule gauche.

Il y avait donc fusion de la circulation pulmonaire et de la circulation générale, et il est impossible d'imaginer un exemple plus complet de communication entre le système artériel et veineux. M. Charnal a fait suivre la description détaillée de la pièce anatomo-pathologique de réflexions judicieuses et de recherches historiques qui en font un travail original et qu'on consultera toujours avec fruit dans les cas de ce genre.

L'anomalie artérielle, recueillie par M. Foucher, est beaucoup plus commune et n'était pas de nature à entraîner le moindre trouble dans la circulation ; mais elle aurait pu avoir des conséquences pratiques fort sérieuses. En effet, le tronc brachio-céphalique manquait ; la carotide primitive droite, née directement de la crosse aortique, se déviait un peu à droite et gagnait la partie latérale de la trachée en croisant un peu ce conduit. Ces rapports, comme l'a fait remarquer M. Gallard, eussent exposé à blesser la carotide droite, si dans un cas semblable on eût pratiqué la trachéotomie d'un seul coup. Ces craintes eussent été plus légitimes encore dans les deux anomalies du même genre que j'ai rapportées, puisque la trachée était non pas côtoyée, mais croisée par la carotide gauche. Si rares que soient ces anomalies, ne sont-elles pas un des arguments les plus sérieux qu'on puisse invoquer contre les procédés expéditifs qui consistent à fendre d'un seul

coup la peau et la trachée. Dans le procédé dit vulgaire, où l'on dissèque lentement et couche par couche, il serait impossible de méconnaître la présence d'un gros tronc, artériel ou veineux, placé anormalement au-devant ou très près de la trachée.

Une autre anomalie vasculaire, également digne d'attention, a été décrite avec soin par M. Dumont-Pallier; c'était un rétrécissement vasculaire de l'aorte immédiatement au-dessous de l'origine de la sous-clavière, au point d'abouchement du canal artériel. Il est fâcheux que la malade n'ait pu être étudiée avec soin; l'absence des détails cliniques les plus importants ôte une grande valeur à ce fait dont l'intérêt se résume dans les lésions anatomo-pathologiques. M. Dumont-Pallier a été assez heureux pour recueillir éparées dans la science plusieurs observations semblables et en a composé un mémoire que vous trouverez dans la *GAZETTE MÉDICALE* de 1857.

M. Vibert nous a montré un anévrysme disséquant de la crosse aortique, dont la rupture dans le péricarde avait encore produit une mort instantanée. Le malade avait soixante et onze ans et n'avait jamais présenté aucun signe de cette maladie.

Ce fait confirme entièrement les idées développées dans le remarquable travail de M. Leudet, inséré dans nos *Bulletins* de 1853 et qui renferme l'histoire la plus complète, quant à présent, de cette variété d'anévrysme.

Chez le malade de M. Liégeois, la tumeur anévrysmale siégeait à l'origine du tronc brachio-céphalique et était assez facile à reconnaître; mais une particularité intéressante consistait dans l'apparition subite de phénomènes graves du côté de la voix et de la respiration qui furent rattachés à une lésion des nerfs récurrents. L'autopsie justifia ces prévisions; le nerf laryngé inférieur droit était compris dans la partie postérieure de la tumeur.

J'ai encore à vous entretenir de deux cas d'anévrysmes, mais ceux-ci sont du ressort de la chirurgie et ont mérité au plus haut degré de fixer notre attention. Le premier, décrit avec grand soin par M. Eugène Nélaton, était un anévrysme poplité double, traité sans succès par la compression, et sur les parois duquel il se forma une eschare qui nécessita l'amputation de la cuisse. On avait cru à un anévrysme circonscrit, tandis qu'il était diffus. M. Broca, qui fait autorité en cette matière, a examiné devant vous plusieurs

points intéressants de cette présentation. Après avoir très ingénieusement expliqué la cause de l'erreur qui avait été commise, il s'est demandé si les anévrysmes diffus pouvaient, devaient être traités comme les autres, par la compression. Bien que dans son ouvrage, sur 15 cas d'anévrysme diffus traités par ce moyen, M. Broca ait cité 13 guérisons, le fait de M. Eugène Nélaton et un autre également malheureux observé à l'hôpital Saint-Louis, l'ont engagé à faire quelques réserves sur les effets de la compression dans ce cas, et il a même montré quelque tendance à revenir à la ligature immédiate.

Enfin, messieurs, vous n'avez pas oublié cette magnifique pièce d'anévrysme artérioso-veineux du pli du coude que M. Charnal a mise sous vos yeux. La maladie était le résultat d'une saignée malheureuse pratiquée onze ans avant ; c'était entre une des veines profondes et une branche de l'artère brachiale, divisée prématurément, qu'existait la communication. M. Follin avait pu établir ce diagnostic délicat dès 1856, et pour démontrer l'indépendance des veines profondes, il avait pratiqué une saignée sur la médiane basilique.

Cette observation, une des plus précieuses que possède la science, a été lue dans tous ses détails par M. Charnal à la Société de chirurgie, et a été, de la part de M. Broca, l'objet d'un savant rapport auquel je ne saurais mieux faire que de vous renvoyer.

Système nerveux.

Les présentations relatives à ce système offrent ceci de remarquable qu'elles ont eu toutes pour objet unique l'encéphale, et qu'on n'y voit figurer ni la moelle, ni les nerfs.

Je vous rappellerai tout d'abord le nouveau procédé d'anesthésie expérimenté sur un chien par MM. Broca et Faure, et qui consiste à adapter à la trachée de l'animal un tube communiquant avec une vessie remplie d'air ; cet air, se raréfiant peu à peu, produit une asphyxie croissante, et par suite l'insensibilité. Cette expérience qui ne saurait, bien entendu, avoir d'applications pratiques, a confirmé un des plus importants résultats des beaux travaux de M. Faure sur l'asphyxie, à savoir que, parmi les carac-

tères généraux de cet état morbide, l'altération de la sensibilité tient le premier rang.

L'apoplexie cérébrale est une des maladies les plus fréquentes, mais les circonstances dans lesquelles elle survient sont extrêmement variées ; c'est en prenant un bain froid que le jeune homme dont nous a entretenu notre honorable président, fut frappé d'une attaque d'apoplexie rapidement mortelle.

M. Cruveilhier, d'après les symptômes observés, présuma qu'il s'était formé un vaste foyer sanguin, en communication avec les ventricules ou la cavité arachnoïdienne. L'autopsie confirma d'une manière éclatante la justesse de ce diagnostic.

Un très bel exemple d'hémorrhagie de la protubérance vous a été apporté par M. Sénac ; outre la rareté des cas de ce genre, celui-ci est surtout précieux parce que la maladie était nettement limitée et exempte de toute complication. Dans un remarquable rapport, M. Millard a passé en revue l'état de la science en ce qui concerne la symptomatologie et le diagnostic des hémorrhagies du mésocéphale. Un symptôme anormal, le croisement de la paralysie de la face avec celle des membres qui l'avait déjà frappé en 1855 à propos d'une observation analogue de notre collègue M. Poisson, se retrouvait ici ; le rapporteur s'est attaché à en faire ressortir toute l'importance, à lui donner cette fois une signification, et a pensé qu'on pourrait en faire un signe diagnostique non pas seulement des hémorrhagies, mais de toutes les lésions de la protubérance. Ces idées ont été développées plusieurs mois plus tard dans un mémoire sur l'hémiplégie faciale alterne (GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1856, nos 43, 45 et 46) par M. Gubler, qui n'avait eu, il est vrai, aucune connaissance du rapport de M. Millard ; mais nous pouvons à bon droit revendiquer pour notre collègue la priorité d'une opinion qui, si elle n'a pas encore reçu la sanction d'un nombre de faits suffisants, est du moins neuve et ingénieuse.

Sans être aussi rares que celles de la protubérance, les hémorrhagies des méninges ne sont pas non plus très communes, et c'est vraiment par une bonne fortune singulière que M. Siredey a pu vous en présenter coup sur coup trois remarquables exemples recueillis par lui à la Salpêtrière. Le temps n'est plus où le siège réel de ces épanchements était en discussion ; ces trois cas auraient fourni une fois de plus la preuve la plus éclatante que c'est dans

l'intérieur de la cavité arachnoïdienne que se forment les kystes sanguins. M. Tarnier, dans son rapport, a rapproché très heureusement ces kystes des hématoécèles rétro-utérines qui peuvent ainsi se développer dans l'intérieur de la cavité du péritoine. Pourquoi est-ce au feuillet pariétal qu'adhère le kyste sanguin, tandis qu'aucune adhérence ne l'unit à l'arachnoïde viscérale ? C'est là un problème de physiologie pathologique qu'a discuté M. Tamier, sans en trouver une solution satisfaisante. Quant aux enseignements cliniques à tirer des symptômes observés, il a fait voir qu'ils étaient malheureusement trop restreints et que les troubles de la locomotion, la dilatation des pupilles et la paresse de l'intelligence étaient à peu près les seuls symptômes qui pussent mettre sur la voie d'une hémorrhagie méningée ancienne et abondante.

La formation spontanée d'abcès dans le cerveau sans cause occasionnelle appréciable, sans maladie antérieure des parois crâniennes voisines, est un fait assez peu fréquent pour que nous fassions une mention particulière des cas de ce genre qui vous ont été apportés par MM. Luton et Goupil. Les circonstances communes aux deux malades furent d'abord l'âge, qui était à peu près le même (trente-quatre et trente-sept ans), le début qui se manifesta par une céphalalgie opiniâtre et des étourdissements, l'absence de fièvre, de délire et d'agitation, et enfin l'intégrité à peu près complète des fonctions intellectuelles jusqu'à la période de coma. Ces symptômes, comme l'a fait remarquer M. Goupil, étaient presque ceux du ramollissement simple, et c'est en effet vers ce diagnostic qu'on avait incliné à propos de la malade de M. Luton. Des trois abcès que renferment le cerveau de cette dernière, un seul était situé dans l'hémisphère droit ; les deux autres occupaient le gauche, et pourtant les phénomènes de paralysie avaient été bornés à ce côté de la face et des membres ; mais peut-être doivent-ils être rapportés moins aux abcès eux-mêmes qu'à la couche épaisse de pus qui recouvrait la surface de l'hémisphère droit. Le cas de M. Goupil est moins complexe ; il n'y avait pas de méningite, les deux abcès étaient situés d'un seul côté, à droite, là où le malade avait accusé une douleur persistante, et précisément du côté opposé à l'hémiplégie ; le ramollissement rouge qui existait dans le même hémisphère n'a pas été non plus sans influence sur la paralysie.

Quoi qu'il en soit, l'encéphalite continue d'être une maladie si obscure, malgré les travaux de tant d'hommes éminents, qu'on ne saurait trop remercier les auteurs de ces deux observations du soin avec lequel ils les ont rapportées.

Une affection cérébrale étant donnée, peut-on en préciser le siège d'après les symptômes? Plusieurs médecins, et des plus distingués, ont eu cette prétention et ont même établi à ce sujet des règles à qui malheureusement les nécropsies donnent de trop fréquents démentis. Vous avez vu tout à l'heure que MM. Gubler et Millard s'étaient rencontrés pour trouver dans l'hémiplégie faciale alterne un signe des lésions de la protubérance: M. Decès a fait de son côté les mêmes tentatives pour le cervelet, à propos d'un cas de tubercules de cet organe; s'appuyant sur les expériences célèbres de M. Flourens et sur l'analyse d'un certain nombre d'observations découvertes dans les auteurs, il s'est efforcé, dans un travail étendu, de faire du défaut de coordination des mouvements un signe pathognomonique des affections cérébelleuses. Cette opinion, exprimée d'ailleurs avec réserve par M. Decès, exige, pour avoir cours dans la science, des faits plus nombreux et plus démonstratifs que ceux qui ont servi à l'établir.

Je ne vous dirai qu'un mot des vices de conformation que nous a montrés M. Blachez sur le cerveau d'un enfant idiot. La petitesse de cet organe, l'aplatissement des hémisphères, l'atrophie des lobes postérieurs, l'état rudimentaire des circonvolutions étaient autant de caractères qui rapprochaient manifestement l'encéphale de cet enfant de celui des animaux.

Une seule tumeur intra-crânienne vous a été apportée par M. Senac; elle était de nature fibro-plastique, insérée à la base du crâne, et remarquable par ses énormes dimensions. Nous avons pu juger des étonnantes altérations de forme et de position qu'avait dû subir la base du cerveau pour s'accommoder à l'envahissement graduel d'un pareil corps étranger. Malheureusement, comme l'a dit le rapporteur, de pareils exemples ne sont guère que des monstruosités, des curiosités anatomo-pathologiques, dont la science n'a que peu de profit à recueillir.

Organes génito-urinaires.

Le plus grand nombre des faits que nous allons trouver ici se rapporte aux organes génitaux de la femme. Sans doute, la grande discussion académique qui eut lieu à la fin de l'année dernière est pour quelque chose dans cette disposition. Je vous rappellerai, néanmoins, quelques autres pièces. M. Raoul Leroy (d'Étiolles) vous a montré un nouveau calcul de cystine (page 477) qui formait le noyau d'une volumineuse concrétion phosphatique. C'est le second exemple qu'il vous soumettait. M. Dufour a étudié cette substance dans un rapport circonstancié que vous consulterez avec fruit dans nos Bulletins de 1855. Nous devons encore à M. Leroy une observation fort complète de tumeurs prostatiques pédiculées (page 444). Ces tumeurs, recueillies chez un vieillard adonné aux excès de tout genre, ont permis à notre collègue de passer rapidement en revue la pathologie et la thérapeutique de ces affections, thérapeutique qui, malgré sa variété de ressources, reste trop souvent au-dessous des accidents qu'elle cherche à combattre.

M. Foucher (page 240) nous a fait voir des tubercules du testicule; cette pièce en elle-même eût été dénuée d'intérêt si elle n'avait pas été accompagnée de détails relatifs à d'autres organes. En effet, Vidal (de Cassis) avait dit que chaque fois que les deux glandes séminales étaient atteintes de tubercule, ce produit pathologique n'existait pas dans le poumon, tandis que si un seul testicule était malade la phthisie pulmonaire était assurée. La présentation de M. Foucher avait pour but de détruire cette dernière proposition, car, tandis qu'un seul testicule était tuberculeux, les poumons étaient parfaitement sains.

Je ne vous parlerai pas de la tumeur, de l'encéphaloïde testiculaire que M. Doyen (page 458) nous a montré, s'il n'avait donné lieu à une erreur de diagnostic. Un développement rapide consécutif à une contusion violente et la régularité de la tumeur avaient fait penser à une hématocele de la tunique vaginale. C'est pendant l'opération que l'erreur fut reconnue, et l'organe dut être sacrifié en entier. A l'occasion de cette tumeur, où l'on pourrait aisément constater que le centre du testicule avait été le point de départ, M. Dufour, M. Broca et votre secrétaire se sont

élevés contre la doctrine trop exclusive de M. Ch. Robin, qui voudrait voir dans l'épididyme l'origine constante des tumeurs du testicule. Cette assertion, qui repose sur des preuves histologiques discutables, ne saurait être maintenue en face de faits nombreux et d'une incontestable évidence.

Arrivons aux kystes de l'ovaire ; nous avons eu communication de sept faits, qui tous présentent de l'intérêt à un point de vue variable. Vous comprendrez aisément que ces sept cas, recueillis sur des malades qui ont succombé aux accidents opératoires, présentent des complications qui arrêteraient pour toujours la main de l'opérateur si l'on ne se reportait en même temps à la clinique, et si l'on ne tenait compte de succès réels.

M. Garreau (page 8) et M. Lhonneur (page 158) vous ont fait constater la remarquable épaisseur de la membrane interne de kystes soumis à l'injection iodée. Dans le second cas, on avait affaire à un kyste pileux, et cette circonstance à elle seule peut expliquer la grande épaisseur de la paroi. Mais quelles sont les chances de rétraction et d'adhérences définitives de cette paroi si elle est dure comme du cuir, épaisse de 4 centimètre ? On conçoit qu'une semblable disposition, souvent impossible à constater pendant la vie, compromet à un haut degré la guérison. Cette question de la nature des parois est revenue à propos d'une autre présentation (page 474), et M. Legendre, M. Verneuil, M. Houël, nous ont dit avoir vu des kystes dont presque toute la cavité était remplie de productions épithéliales qui auraient sûrement empêché le liquide iodique d'agir sur la membrane limitante.

Dans deux observations que nous devons à M. Barth, notre savant collègue a insisté sur les difficultés parfois insurmontables du diagnostic. Vous vous souvenez de ce fait remarquable (page 474) d'un kyste ovarique coïncidant avec une grossesse complètement méconnue pendant plusieurs mois par tous les médecins qui avaient examiné la malade. Vous vous rappelez que la guérison marchait vers sa terminaison lorsque l'accouchement, précédé de marches fatigantes, détermina une péritonite suraiguë et mortelle. Peut-être pendant la marche, plus probablement pendant l'accouchement, le kyste s'était-il rompu dans l'abdomen.

Qu'eût-il été convenable de faire si la grossesse avait été reconnue ? Fallait-il laisser s'accroître une tumeur qui chaque jour de-

venait plus gênante? Fallait-il, après la première ponction, où l'on avait donné issue à un liquide un peu visqueux et rosé, s'en tenir là, sauf à revenir plus tard à de nouvelles ponctions. Mais on se serait exposé à perforer l'utérus dans ces opérations successives. Le traitement institué par le médecin de Beaujon avait donné d'excellents résultats, et peut-être que, sans les imprudences de la malade, ou si l'accouchement eût été un peu retardé, la guérison aurait été obtenue.

L'existence de tumeurs volumineuses et dures dans l'épaisseur des parois du kyste a fait le sujet de la seconde présentation de M. Barth (page 453). Il a insisté sur la difficulté de reconnaître, pendant la vie, si les tumeurs faisaient corps avec le kyste ou en étaient indépendantes, si les battements sentis à la surface du ventre étaient produits par les vaisseaux des parois kystiques, ou seulement transmis par eux. L'autopsie est venue démontrer la réalité de cette dernière hypothèse.

Nous devons à M. Cavasse (page 386) un cas assez curieux. Une femme de trente-deux ans avait été ponctionnée, en mars 1853, d'un kyste de l'ovaire; on avait évacué un litre d'un liquide brun, et une injection iodée avait été faite. Depuis cette époque, la malade avait toujours éprouvé des douleurs. En août 1856, elle rentre à la Pitié, et M. Maisonneuve évacue 300 à 400 grammes de pus mal lié, mais non fétide. Trois jours après la malade succomba en présentant tous les signes d'une péritonite aiguë.

Une petite poche indépendante du kyste principal, petite poche qui probablement reconnaissait pour cause la première opération, s'était ouverte dans l'abdomen, et avait causé la péritonite.

Voici, messieurs, un fait bien instructif de M. Barbrau (page 468). Il pourrait se résumer en trois mots : erreur de diagnostic, ponction, hémorrhagie mortelle. Tous les symptômes observés avaient fait croire à une ascite : évolution rapide, tension régulière de l'abdomen, fluctuation facile et générale, enfin existence d'une tumeur profonde, irrégulière, siégeant dans les fosses iliaques. La gêne des fonctions augmentait chaque jour, et la malade suppliait qu'on la débarrassât. On se décida tardivement. Au premier moment de la ponction s'écoule un liquide brun chocolat, qui bientôt n'est plus que du sang. Dix litres de liquide s'écoulent, lorsque survient une syncope dans laquelle la vie s'éteint au bout de cinq

heures. L'autopsie fait reconnaître un kyste multiloculaire à parois très épaisses, renfermant elles-mêmes des petits kystes très nombreux. Aucun gros vaisseau n'a été ouvert, mais des caillots fibrineux très considérables et à diverses périodes permettent de supposer que le kyste ovarique principal a été le siège d'une hémorrhagie antérieure à l'opération, et l'on peut, jusqu'à un certain point, comprendre comment la soustraction d'une grande quantité de liquide, chez une femme âgée et surtout affaiblie par la souffrance, a pu causer la mort.

Pour confirmer ces immenses difficultés de diagnostic, vous citerai-je ce cas de M. Gibert (page 280). Une fille de treize ans porte une tumeur abdominale fluctuante. On la ponctionne, et on retire cinq litres de liquide sanguin. Une péritonite intense emporte la petite malade au bout de six jours. A l'autopsie, on trouve dans une vaste cavité à parois épaisses et creusées de vacuoles, des poils, des masses graisseuses, vingt-six dents, et une dizaine de pièces osseuses, dont deux ressemblaient à des maxillaires, tandis qu'une autre rappelait la forme du temporal. C'était un véritable kyste par inclusion.

Nous avons reçu bon nombre de présentations relatives à l'utérus. Je trouve dans nos Bulletins un fait remarquable d'utérus bicorné que nous a montré M. Voisin (page 445). M. Nélaton avait reconnu chez la malade l'existence de deux corps utérins, dont l'un, prodigieusement distendu par le sang menstruel, formait une tumeur dans la fosse iliaque, tandis que l'autre avait un volume normal. Une ponction pratiquée au centre de la tumeur donna lieu à une péritonite à laquelle succomba la malade.

Nous devons à M. Guyot deux exemples de déplacements utérins (pages 403 et 477). Je ne fais que les signaler, c'était une rétroflexion et une antéflexion avec torsion du col.

En vous montrant un œuf abortif, M. Blot (page 80) a insisté sur la fréquence et la valeur des hémorrhagies dans l'épaisseur des membranes comme cause d'avortement dans les deux premiers mois de la grossesse. Déjà ces remarques avaient été consignées dans le Bulletin de 1855 (1855, page 373).

A côté de cet œuf abortif, je placerai deux môles hydatiques que vous ont présentés MM. Gibert et Liégeois (page 463). Dans le cas de M. Gibert, on ne peut attribuer que par conjecture la môle à

une conception ; disons cependant que cette conjecture s'accorde parfaitement avec toutes les données de la science. Mais un embryon de 2 centimètres de long placé au centre des villosités kystiques ne laisse aucun doute sur la pièce de M. Liégeois. Cette persistance de l'embryon est un fait des plus rares et digne de notre attention.

Dans une série de présentations, M. Blot (page 405) a insisté sur les rapports qui existent entre la position des membranes et les communications vasculaires dans les grossesses doubles. Or les membranes peuvent être disposées de quatre façons différentes, que voici rangées par ordre de fréquence :

Accolement des quatre membranes, deux chorions et deux amnios.

Accolement des deux chorions, les amnios étant distincts.

Un seul chorion, accolement des deux amnios.

Un seul amnios. Disposition très rare.

Dans les deux premiers cas, les deux systèmes circulatoires du placenta unique sont parfaitement distincts ; il n'existe entre eux aucune anastomose. Dans les deux autres, le placenta constitue un appareil vasculaire unique.

Un placenta de grossesse gémellaire montré par MM. Lefort et Millard est venu confirmer les résultats obtenus par M. Blot dans ses injections.

Notons encore ici, sans y insister, deux faits relatifs aux accouchements : une gangrène du col de l'utérus, d'une portion de la vessie et du vagin consécutive à un accouchement naturel (page 397). M. Millard, qui nous a fait cette présentation, n'avait pas assisté à l'accouchement, mais on lui affirma que, pendant le travail, une tumeur faisait saillie dans le vagin. Cette tumeur, qui n'était autre chose qu'un corps fibreux retrouvé à l'autopsie, doit être pour beaucoup dans la contusion qui a provoqué la gangrène.

M. Dumont-Pallier a consigné dans nos Bulletins une observation très complète de grossesse extra-utérine péritonéale. L'auteur a étudié avec le plus grand soin tous les signes qui pouvaient conduire au diagnostic, et tous les détails anatomo-pathologiques qu'il permettaient de préciser la nature de cette grossesse anormale.

Tumeurs.

Ce mot touche trop de questions, il a donné lieu à des débats trop animés et trop mal éteints pour que votre secrétaire ait la pensée d'aborder, même de loin, l'histoire de cette obscure et vaste catégorie d'affections. Il devra se borner à vous signaler quelques faits.

Déjà l'année dernière mon prédécesseur, M. Axenfeld, mentionnant deux cas de récurrence de tumeurs épithéliales, vous disait : « Ces deux faits soulèvent tant de questions importantes que le plus sage est peut-être, quant à présent, de les enregistrer, sauf à en tirer plus tard les conclusions qu'ils contiennent, et que ce rapprochement avec d'autres faits pourra seul rendre légitimes. »

Devrai-je, cette année, tenir le même langage ? Vous allez en juger ; je vais réduire les faits à leur plus grande simplicité. Une femme de trente-cinq ans est opérée en 1855, par M. Denonvilliers, de plusieurs tumeurs placées à la partie inférieure du rectum. L'examen microscopique montre à M. Robin des masses d'épithélium cylindrique disposé régulièrement ou en cul-de-sac, comme dans les follicules du rectum. Une année après, à l'autopsie, on trouvait des masses morbides dans tout le petit bassin, dans les deux poumons, sur les plèvres et dans le foie. Cette observation est due à M. Topinard (page 96). Voici celle de M. Rocques (page 98) : Un homme est amputé par M. Laugier d'une tumeur du testicule droit. On ne trouva au microscope que des tubes séminifères, de l'épithélium nucléaire, de la matière amorphe et des vaisseaux. Au bout de deux mois l'opéré succombait, et l'autopsie montrait dans le poumon, le foie, le mésocôlon transverse, les résultats évidents d'une infection générale.

Que dirons-nous de ces deux faits ? Quelle conclusions pouvons-nous en tirer ? Faudra-t-il, par un jugement sommaire et mal instruit, réduire à néant les laborieuses recherches des micrographes modernes. Ce serait là une grande faute. Peut-être le microscope a-t-il posé parfois des lois un peu prématurées, peut-être a-t-on cherché des distinctions trop minutieuses ; cela est possible, probable même, mais il n'y a pas là de raison suffisante pour repousser un moyen d'étude qui a si largement contribué à accroître nos connaissances anatomo-pathologiques.

Ces distinctions trop subtiles, nous les retrouvons ici. Est-ce bien du véritable épithélium qu'on a trouvé dans les tumeurs présentées par M. Topinard et M. Rocques ? De cet épithélium simple, sans mélange, en tout semblable à l'épithélium normal ? Très probablement non ; car il vous souvient, sans doute, qu'à propos du fait de M. Rocques, M. Dufour déclarait que l'épithélium nucléaire, ou ce qu'on décrit sous ce nom, lui paraissait appartenir aux éléments du cancer.

Messieurs, je suis arrivé au terme de ce compte rendu, et mes fonctions de secrétaire sont en même temps expirées, fonctions souvent difficiles, toujours laborieuses, mais où celui que vous honorez ainsi de votre confiance trouve une source d'études précieuse à exploiter.

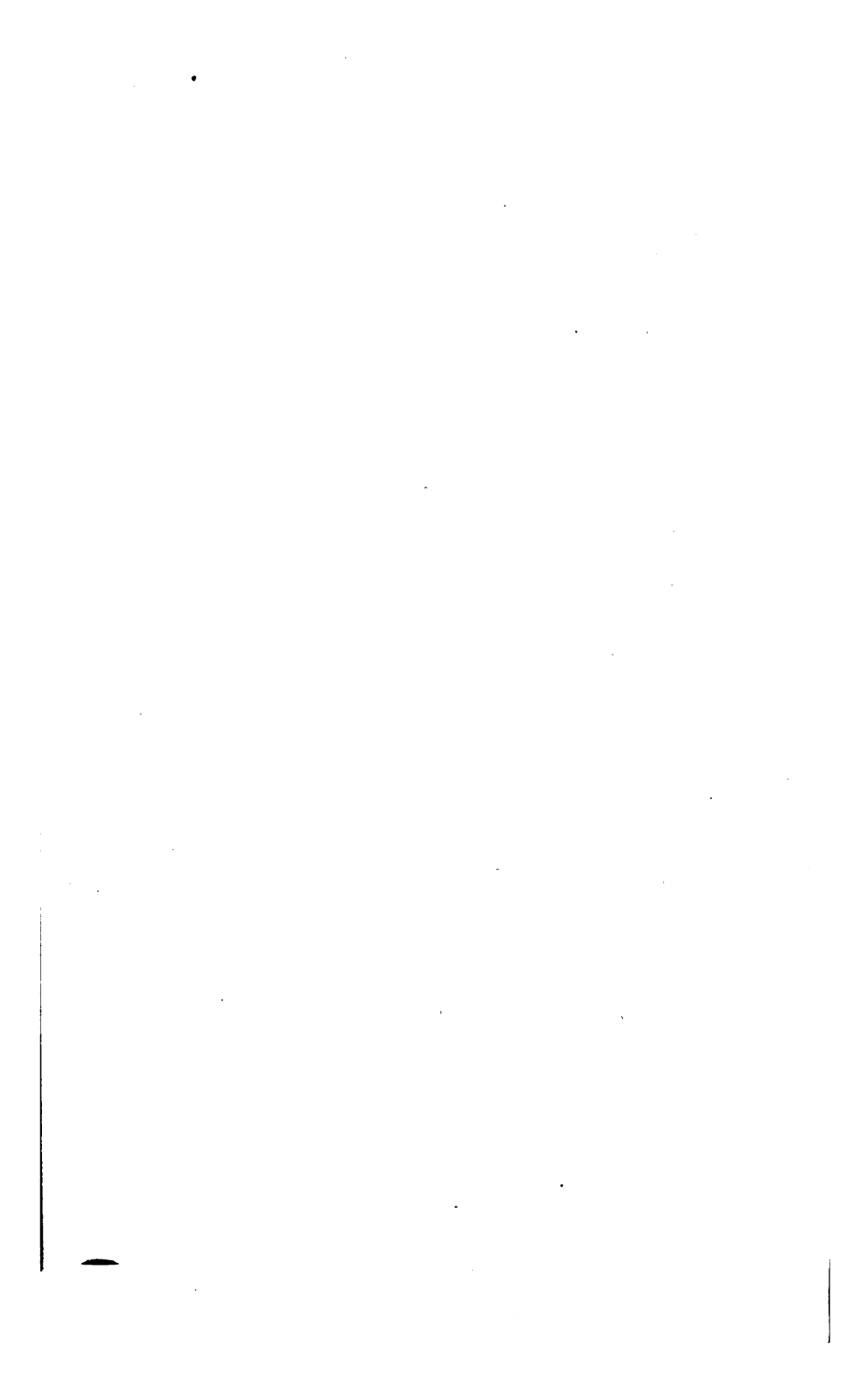


TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS

LE TOME PREMIER DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

(XXXI^e ANNÉE.)

-
- | | |
|---|--|
| <p>Abcès du cerveau, 276, 480.
— par congestion, 24.
— du foie, 111, 452.
— du foie, avec pleurésie et péri-cardite, 147.
— métastatiques du foie, suite de phlegmatia alba dolens, 404.
— de la paroi thoracique, 111.
— de la prostate, 81.
— urinaire, 414.
Addison (maladie d'), 334 et 444.
Aisselle (tumeur de l'), 18.
Anesthésie, 29.
Anévrisme artérioso-veineux du pli du bras, 401.
— de la crosse de l'aorte, 116.
— disséquant de la crosse de l'aorte, 85.
— du tronc brachio-céphalique, 466.
— de la rénale, 170.
— de l'hypogastrique, 6.
— poplitée double, 54.
Ankylose du genou, 401.
Anomalies artérielles, 25, 72.
— du cœur et des gros vaisseaux, 435.
Anus contre nature, 322.
Aorte (altérations profondes de l'), 238.</p> | <p>Aorte (concrétions verruqueuses des valvules sigmoïdes de l'), 18.
— (rétrécissement valvulaire de l'), 234.
Artère poplitée (oblitération de l'), 335.
Artérioso-veineux (Voy. <i>anévrisme</i>).
Arthrite sèche, 32, 69, 241.
— suppurée de la hanche et des genoux, 221.
Ascaride lombricoïde dans les voies biliaires, 361.
Astragale (soudure de l') et du calcaneum, 164.
— (soudure de l') et du tibia, 164.
Atrophie des circonvolutions cérébrales, 330.
Auriculo-ventriculaire (dilatation de l'orifice), 121.
Avortement, gangrène de l'utérus, 467.
Bronche perforée par suppuration d'un ganglion bronchique, 364.
Caduque utérine expulsée à la suite d'une dysménorrhée, 321.
Calcanéum (soudure du) et de l'astragale, 164.</p> |
|---|--|

- Calcanéum (soudure du) et du cuboïde, 164.
 Calculs biliaires, 9.
 — de cystine, 477.
 — rénaux, 78, 170.
 — de la vessie, 81.
 Cancer. (Voy. *encéphaloïde*, *ostéosarcome*.)
 — mélanique, 327.
 — nucléaire, 29.
 — , évolution rapide chez deux jeunes sujets, 430.
 — (fracture du fémur dans un cas de), 402.
 — de la face, 146.
 — de la région malaire, 143.
 — de l'estomac, 78.
 — — du duodénum et du foie, 451.
 — de l'estomac, de l'épiploon et de la prostate, 456.
 — du pylore, 456, 502.
 — du pancréas, 110.
 — de la verge, 327.
 — du testicule, 458.
 — du rectum, 434.
 — de la jambe, 326.
 Cancroïde de la verge, 83.
 Cérébral (tubercule du pédoncule), 327.
 Cerveau d'un enfant idiot, 275.
 — (abcès du), 276, 480.
 — (atrophie des circonvolutions du), 330.
 — (hémorrhagie du), 331.
 Cervelet (affections du), 337, 349.
 Chancre de l'urèthre, 329.
 Cirrhose hypertrophique du foie, 399.
 Cœur (altérations du), 71.
 — (anomalies des colonnes charnues du), 5.
 — graisseux, 502.
 — (hypertrophie du), 170.
 — (ramollissement et rupture du), 201, 204.
 — (tumeur gommeuse du) et du cordon, 12.
 Compte rendu des travaux de la Société, 524.
 Conservation de pièces anatomiques, 165.
 Cordon ombilical (anomalie du), 142.
 — — (striction du cou par la), 145.
 — spermatique (tumeur gommeuse du), 12.
 Corps étranger du coude, 69.
 — — de l'épaule et du coude, 241.
 — étranger du genou, 16 et 519.
 — fibreux de l'utérus, 400.
 Côte surnuméraire, 69.
 Cou (kyste congénital du), 286, 290.
 Coxalgie ancienne, 11.
 — , perforation de la cavité cotyloïde, 421.
 Crâne d'un enfant idiot, 275.
 — (fracture du), 225, 244.
 — (tumeur fibro-plastique du), 210.
 Cuisse (tumeur encéphaloïde de la), 376.
 — (tumeur fibro-plastique de la), 324.
 — (tumeur myéloplaxique de la), 68.
 Déchirure de l'urèthre, 81.
 Delirium tremens, lésions multiples, 502, 504.
 Diphthéritiques (fausses membranes) tubulées, 395.
 Discours de M. Cruveilhier, 523.
 Duodénum (cancer du), 451.
 Dure-mère (tumeurs épithéliales de la), 141.
 Dysménorrhée, 321.
 Échinocoques, 357.
 Emphysème sous-cutané, suite de fractures de côtes, 176.
 — sous-cutané, perforation bronchique par suppuration, 364.
 — sous-cutané, par rupture d'une caverne pulmonaire, 33.
 Encéphaloïde de la cuisse, 376.
 — du rein, 170.
 Épanchement sanguin, 140.
 Épидidyme (kyste de l'), 20.

- Épiploon (cancer de l'),** 456.
- Estomac (cancer de l'),** 78, 451, 456.
- (ulcère simple de l'), 108.
- — et hypertrophie des parois, 285.
- (ulcère simple de l'), violence extérieure, 385, 389.
- Étranglement herniaire par le collet du sac,** 423.
- interne, 24, 329, 332.
- — , coïncidant avec une hernie crurale, 158.
- Face (cancer de la),** 146.
- (tumeur de la), 164.
- Fausse membranes diphthéritiques,** 395.
- Fémur (ostéomyélite du),** 426.
- (ostéophyte du), 167.
- (ostéosarcome du), 301.
- (tumeur de l'extrémité inférieure du), 239, 264.
- Fibreux (corps de l'utérus),** 400.
- libre dans la cavité abdominale, 455.
- Fibro-plastique. (Voy. crâne, cuisse).**
- Fistule pulmonaire,** 118.
- Fœtus anencéphale,** 245.
- (kyste congénital du cou chez un), 286, 290.
- Foie (abcès du),** 111, 452.
- (altérations du), 259.
- — dans la phlegmatia alba dolens, 404.
- — dans la fièvre puerpérale, 165.
- (cancer du), 451.
- (cirrhose hypertrophique du), 399.
- (hydatides du), 196, 200, 502.
- (hypertrophie du), 461.
- (rupture du), 25.
- Follicule sébacé hypertrophié,** 272.
- Fontanelles anormales,** 17.
- Fractures du crâne,** 225, 244.
- du rocher, 127, 129.
- de la colonne vertébrale, 19.
- des vertèbres cervicales, 406.
- Fractures verticale de la 5^e vertèbre dorsale,** 23.
- du cartilage thyroïde et du maxillaire inférieur, 408.
- du sternum, 24.
- des côtes, 176.
- du col de l'humérus, 22.
- du radius, 28, 114.
- des métacarpiens, 6.
- du fémur, 19.
- — chez une femme cancéreuse, 402.
- du col du fémur, 28, 350.
- — et du grand trochanter, 352.
- de la rotule, 272.
- de l'extrémité supérieure du tibia, 75.
- consolidée des deux os de la jambe, 244.
- du calcaneum, 19.
- Ganglion du poignet,** 164.
- Gangrène spontanée,** 335.
- de l'utérus, suite d'avortement, 467.
- du col de l'utérus et de la vessie après l'accouchement, 397.
- Génitiaux (anomalie des organes),** 262.
- de la femme, 61.
- Genou (ankylose du),** 401.
- (tumeur blanche du), *ostéomyélite* du fémur, 426.
- (corps étranger du), 16 et 519.
- Grossesse extra-utérine,** 293.
- Hémorrhagie cérébrale pendant un bain froid,** 331.
- de la protubérance annulaire, 206.
- Hémorrhagies méningées,** 183, 186, 188, 191.
- Hépatite traumatique purulente,** 111.
- Hermaphrodisme,** 262.
- Herniaire (péritonite),** 460, 475.
- Hernie crurale avec étranglement interne,** 158.
- — étranglée, 228.

- Hernie diaphragmatique congénitale**, 1, 305.
 — **inguinale étranglée, compliquée d'étranglement interne**, 332.
 — — — **par le collet du sac**, 423.
 — **obturatrice**, 252.
Hydatique (kyste) de la rate, 155.
 — — **du poumon**, 309, 314.
Hydatiques (kystes) multiples, échinocoques, 357.
Hydatique (môle) du placenta, 463, 465.
 — **(tumeur) du foie**, 196, 200, 502.
 — — **du pubis**, 119.
Hydrocèle vaginale avec un kyste et un sac herniaire, 6.
Hydropisie de la vésicule biliaire, 32, 79.
Hydropneumothorax, 108, 176.
Hypertrophie d'un follicule sébacé, 272.
 — **des ganglions lymphatiques**, 473.
 — **des glandes de la peau de l'index**, 243.
 — **d'une moitié du corps**, 510, 515.
 — **de la prostate**, 81, 273.
 — **de la rate**, 152, 154.
 — **de la rate et du foie**, 461.

Ictère causé par un ascaride dans les voies biliaires, 361.
Iliaque (balle logée dans un os), 319.
 — **(tumeur de la fosse)**, 21.
Index (hypertrophie des glandes de la peau de l'), 243.
Intestin (oblitération de l'), 102.

Jambe (tumeur cancéreuse de la), 326.

Kyste. (Voy. épидидyme, foie, rate, rein, ovaire, vagin.)
 — **du radius**, 249.
 — **congénital du cou chez un fœtus**, 286, 290.
 — **dentaire du maxillaire supérieur**, 489.
Langue (paralysie de la), suite d'une arthrite cervicale, 371.

Larynx (tumeurs épithéliales de la trachée et du), 143.
Lèvre (tumeur de la grande), 107.
Luxation de métacarpiens, 6, 15.
 — **en arrière de la phalange ungéale du pouce**, 246.
 — **du fémur, suite de coxalgie**, 76.
 — **ischiatique complète du fémur**, 247.
Lymphatiques (hypertrophie des ganglions), 473.

Main (vice de conformation de la), 457.
Malaire (cancer de la région), 143.
Mamelle (tumeur glandulaire de la), 321.
Maxillaire inférieur (tumeur épithéliale du), 82.
 — **supérieur (tumeur à myélopaxes du)**, 486.
 — — **(kyste dentaire du)**, 489.
Mélanique (cancer), 327.
Membres (vice de conformation des), 281.
Méningées (hémorrhagies), 183, 186, 188, 191.
Myélopaxes. (Voy. cuisse, maxillaire supérieur.)
Œil (dégénérescence de l'), 316.
Œsophage (rétrécissement de l'), 9 et 497, 504.
Œuf abortif, 80, 152.

Optiques (tubercules des couches), 327.
Orbite (tumeur érectile de l'), 79.
Oreille (tumeur fibreuse du lobule de l'), 2.
Ostéomyélite du fémur, 426.
 — **d'une phalange**, 175.
Ostéophyte du fémur, 167.
Ostéosarcome du fémur, 301.
Ovaire (kyste de l'), 8, 171, 356, 453, 457, 468.
 — — **(pileux suppuré de l')**, 158.
 — — **(par inclusion de l')**, 280.
 — **rudimentaire avec absence de la trompe**, 284.

- Pancréas (cancer du), 110.
 Parotide (fragment extrait d'un abcès de la), 30.
 — (tumeur de la), 167.
 Péricarde (adhérences du), troubles cardiaques, 378, 389.
 Péricardite hémorragique avec fausses membranes, 255.
 Péritonite herniaire, 460, 475.
 Phlegmon péri-utérin, 169.
 Phthisie galopante, 146.
 — pulmonaire avec hydropneumothorax, 108.
 Placenta de grossesse double, 105.
 — (altération graisseuse du), 238.
 — (môle hydatique du), 463, 465.
 Poplitée (oblitération de l'artère), 335. (Voy. *anévrismes*.)
 Pott (mal de). (Voy. *Vertébral*.)
 Poumon (caverne du), ouverte dans le canal rachidien, 48.
 — (kyste hydatique du), 309, 314.
 — (rupture d'une caverne du), 33.
 — (tubercule du), 176.
 Prostate (abcès de la), 81.
 — (cancer de la), 456.
 — hypertrophie de la), 81, 273.
 — (tumeurs de la), 414.
 Protubérance annulaire (hémorragie de la), 206.
 Pubis (tumeur hydatique du), 119.
 Pulmonaire (fistule), 118.
 — (rétrécissement de l'artère), 171.
 Pylore (cancer du), 456, 502.

 Rachidien (caverne pulmonaire ouverte dans le canal), 48.
 Rachitisme, 87.
 Radius (kyste du), 249.
 — (régénération osseuse du), 10.
 Rate cirreuse, 116.
 — hypertrophiée, 152, 461.
 — (kyste hydatique de la), 155.
 — leucocythémique, 3.
 — (tumeur de la), 174.
 Rectum (cancer du), 434.
 Rein (abcès métastatiques du), 70.
 — (encéphaloïde du), 170.
 — (kystes du), 70, 170.

 Rein (lésions probablement syphilitiques du), 409.
 — (tubercules du), 118.
 Rétrécissement de l'artère pulmonaire, 171.
 — de l'œsophage, 9 et 497, 504.
 — valvulaire de l'aorte, 234.
 Rupture du foie, 25.
 — de la vessie, 273.

 Séquestre de l'os iliaque, 331.
 Sinus sus-orbitaire anormal, 115.
 Surrénales (capsules) dans la maladie d'Addison, 334 et 444.
 Syphilis, lésions des reins, 409.

 Testicule (cancer du), 458.
 — (tubercules du), 240.
 — (tumeur du), 22, 73, 98.
 Thoracique (abcès de la paroi), 111.
 Tibia (soudure du) et de l'astragale, 164.
 Tubercules des couches optiques et du pédoncule cérébral, 327.
 — du poumon, 176. (Voy. *Emphyseme*.)
 — du poumon, de la parotide, des vésicules séminales, etc., 104.
 — des os, 491.
 — du rein, 118.
 — du testicule, 240.
 Tumeur de l'aisselle, 18.
 — blanche, 144.
 — — du genou, 426.
 — cancéreuse de la jambe, 326.
 — de la cuisse, 68, 324, 376.
 — épithéliale du maxillaire inférieur, 82.
 — érectile de l'orbite, 79.
 — de la face, 164.
 — du fémur, 239, 264.
 — fibreuse du lobe de l'oreille, 2.
 — fibro-plastique du crâne, 210.
 — de la fosse iliaque, 21.
 — glandulaire de la mamelle, 321.
 — — du voile du palais, 119.
 — de la grande lèvre, 107.
 — hypertrophique de l'index, 243.
 — à myéloplaxes du maxillaire supérieur, 486.

- Tumeur de la parotide, 167.
 — de la rate, 174.
 — du testicule, 22, 73, 98.
 Tumeurs épithéliales de la dure-
 mère, 141.
 — — de la trachée et du larynx,
 143.
 — généralisées, 96, 98.
 — du cœur et du cordon sperma-
 tique, 12.
 — des trompes utérines, 240.
 Urèthre (chancres de l'), 329.
 — (déchirure de l'), 81.
 Utérin (phlegmon péri-), 169.
 Utérine (absence de la trompe) avec
 un ovaire rudimentaire, 284.
 — (caduque) expulsée, 321.
 — (grossesse extra-), 293.
 Utérines (tumeurs des trompes), 240.
 Utérus bifide, 145.
 — (corps fibreux de l'), 400.
 — (gangrène du col de l'), suite
 d'accouchement, 397.
 — (gangrène de l'), suite d'avorte-
 ment, 467.
 Utérus (imperforation du corps de l'),
 329.
 — (rétroflexion du col de l'), 403.
 — (torsion et antéflexion de l'), 477.
 Vagin (imperforation du), 145.
 — (kyste du), 70.
 Valvules sigmoïdes de l'aorte (con-
 crétions verruqueuses des), 18.
 Valvule triglochine (insuffisance de
 la), 121.
 Verge (anomalie de la), 144.
 — (cancer de la), 327.
 — (cancroïde de la), 83.
 Vertébral (mal), 491.
 — (mal), paralysie de la langue, 374.
 Vésicule biliaire ossifiée, 239.
 — — (hydropisie de la), 32, 79.
 Vessie (gangrène de la), 397.
 — (rupture de la), 273.
 Voile du palais (division congénitale
 du), 31, 179.
 — — (tumeur glandulaire du),
 119.

TABLE

DES

TRAVAUX ORIGINAUX, OBSERVATIONS ET MÉMOIRES.

- Aubrée.* Coxalgie avec perforation du fond de la cavité cotyloïde ; pénétration partielle de la tête du fémur dans le petit bassin, 421.
- Axenfeld.* Adhérences du péricarde, triple bruit du cœur ; impulsion diastolique. Ulcère simple de l'estomac (Rapport), 389.
- Besnier.* Fracture du crâne, épanchement sanguin, 225. — *Hernie crurale étranglée*, taxis prolongé, opération, mort, 228.
- Blachez.* Kyste congénital du cou chez un fœtus, 286.
- Blondeau.* Maladie bronzée (Rapport), 444.
- Cavasse.* Ponction d'un kyste de l'ovaire, rupture d'une petite poche adhérente au kyste principal, mort, 356.
- Charnal.* Kyste hydatique du poulmon (Rapport), 314. — Anomalie du cœur et des gros vaisseaux ; fusion de la circulation pulmonaire et de la circulation générale, 435.
- Charrier.* Kyste congénital du cou chez un fœtus (Rapport), 290.
- Cruveilhier.* Emphysème sous-cutané général par rupture d'une caverne pulmonaire, 33. — Caverne pulmonaire ouverte dans le canal rachidien, 48. — Discours prononcé à la séance annuelle, 523.
- Danner.* Angine de poitrine, rupture du cœur, ramollissement gélatineux de cet organe, 201.
- Décès.* Du défaut de coordination des mouvements comme symptôme des affections du cervelet, 337. — Corps étranger du genou (Rapport), 519.
- Devouges.* Étranglement herniaire par le collet du sac (hernie inguinale), 423. — Tumeur blanche du genou, amputation ; résections successives de l'extrémité du fémur sorti à travers le lambeau antérieur ; ostéomyélite du fémur ; mort, 426. — Prédominance du développement du côté droit sur le côté gauche, développement hypertrophique des trois premiers doigts de la main et du pied droits, 510.

Dufour. Note sur un sujet atteint d'un vice de conformation des organes génitaux externes, 262.

Dumont-Pallier. Grossesse extra-utérine, 293. — Ostéosarcome du fémur, cachexie cancéreuse, 301. — Hernie diaphragmatique gauche, 305.

Féron. Observation de rachitisme, 87.

Ferréol. Mal de Pott ; infiltration tuberculeuse des os ; phthisie pulmonaire, 491.

Foville. Vice de conformation des organes génitaux externes de la femme, 61.

Garnier. Dégénérescence de l'œil droit chez un enfant de trois ans, 316.

Goupil. Dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit ; insuffisance de la valvule triglochine, 121. — Du défaut de coordination des mouvements, comme symptôme des affections du cervelet (Rapport), 349. — Deux abcès du cerveau avec ramollissement rouge, situés dans les circonvolutions au-dessus du centre ovale, 480.

Guyon. Fractures du col du fémur (Rapport), 353. — Tumeur encéphaloïde de la cuisse gauche, amputation, 376.

Labbé. Fractures de côtes, emphysème sous-cutané, pneumonie traumatique, hydropneumothorax, 176. — Fracture mixte intra et extra-capsulaire du col du fémur, 350. — Fracture extra-capsulaire du col du fémur à sa base, compliquée de fracture comminutive du grand trochanter, 362.

Lala. Kyste hydatique du foie, 196.

Leroy (d'Étiolles). Hypertrophie fibreuse de la prostate ; tumeurs pédiculées entourant le col de la vessie et développées en avant et en arrière, abcès urinaires remontant jusque dans le thorax, 414.

Londe. Arthrite chronique suppurée de la hanche et des genoux, 221.

Luton. Empoisonnement par l'acide sulfurique, rétrécissement de l'œsophage, inanition, gangrène pulmonaire, mort, 497. — Autopsie d'une femme morte avec tous les symptômes du *delirium tremens* ; kystes hydatiques du foie ; cancer de la région pylorique ; cœur gras, épanchements séreux encéphaliques, 502.

Millard. Hémorrhagie de la protubérance annulaire. Tumeur fibreuse du crâne (rapport), 217. — Rétrécissement de l'œsophage, inanition. *Delirium tremens*, lésions multiples (rapport), 504. — Hypertrophie d'une moitié du corps (rapport), 515.

Nélaton. Anévrysme poplité double, 54. — Tumeur à myélopaxes du maxillaire supérieur, 486. — Kyste dentaire du maxillaire supérieur, 489.

Pillon. Kyste hydatique du poumon gauche (lobe supérieur) ; suppuration, vomique, hémorrhagie interne ; mort, 309. — Cancers développés très rapidement chez deux sujets âgés de moins de vingt et un ans, 430.

Potain. Adhérences du péricarde ; triple bruit du cœur, impulsion diastolique, 378. — Ulcère simple de l'estomac ; violence extérieure, 385.

- Rocques.** Tumeur du testicule, récidive; infection générale, 98.
- Schloss.** Ictère paraissant symptomatique de la présence d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires, 361.
- Sénac.** Hémorrhagie de la protubérance annulaire, 206. — Tumeur fibro-plastique de la base du crâne, 210. — Kystes hydatiques multiples, échinocoques, 357.
- Simon.** Emphysème du tissu cellulaire sous-cutané des parois gauches du thorax; ganglion bronchique suppuré, bronche perforée, 364. — Mal vertébral de la région cervicale; paralysie de la langue, 371.
- Siredey.** Division congénitale du voile du palais, 179. — Double hémorrhagie méningée, 183, 186, 188.
- Tarnier.** Hémorrhagies méningées (rapport), 191.
- Topinard.** Tumeurs généralisées, 96. — Tumeur de l'extrémité inférieure du fémur droit, 264.
- Trélat.** Fracture du rocher (rapport), 129. — Fracture du crâne. Hernie crurale étranglée (rapport), 231. — Compte rendu des travaux de la Société, 524.
- Vidal.** Kyste hydatique du foie (rapport), 200. — Rupture du cœur (rapport), 204. — Ictère symptomatique d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires (rapport), 362.
- Wieland.** Fracture du rocher, 127.
-

TABLE

DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

MENTIONNÉES DANS CE VOLUME.

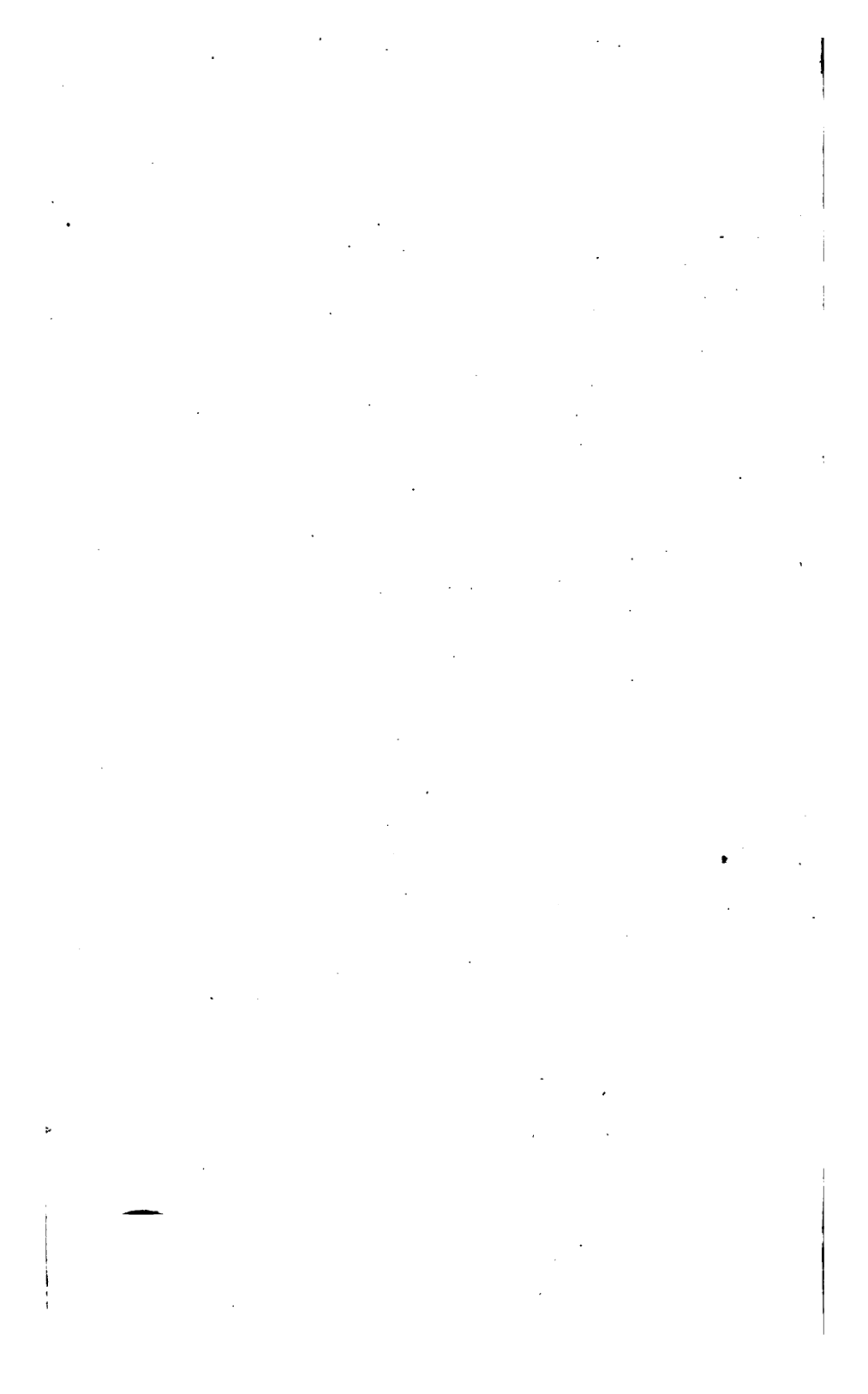
Aubrée, 408, 421.	Faure, 29.
Axenfeld, 389.	Féron, 87.
Bailly, 244, 402.	Ferréol, 409, 491.
Barbrau, 468.	Foucher, 6, 19, 24, 25, 69, 164, 175, 240, 241.
Barth, 30, 110, 111, 171, 174, 453.	Fournier, 83, 329.
Bauchet, 24.	Foville, 18, 61, 456.
Bertholle, 25, 114.	Gallard, 3, 141, 146, 147, 467.
Besnier, 225, 228.	Garnier, 316, 321, 327, 335.
Blachez, 275, 281, 286.	Garreau, 8.
Blain des Cormiers, 451.	Gaujot, 249.
Blondeau, 444.	Genouville, 143, 461.
Blot, 80, 105, 284.	Gibert, 280, 463.
Bonfils, 473, 475.	Gombaut, 461.
Bouteiller, 142.	Goupil, 121, 349, 480.
Broca, 29, 79, 140, 144, 243.	Guyon, 353, 376, 400.
Cavasse, 72, 76, 273, 322, 356.	Guyot, 78, 152, 171, 238, 329, 330, 403, 456, 477.
Charnal, 314, 401, 435.	Hillairet, 145.
Charrier, 17, 290.	Labbé, 176, 326, 327, 350, 352, 401.
Cruveilhier, 33, 48, 331, 452, 523.	Ladreit de la Charrière, 334.
Danner, 170, 201.	Lala, 107, 118, 119, 196, 239, 240, 246, 247.
Decès, 115, 116, 337, 519.	Lallemant, 252.
Depaul, 102.	Lefort, 22.
Devouges, 423, 426, 510.	Legendre, 31.
Dolbeau, 455.	Leroy (d'Étiolles), 414, 477.
Doyen, 406, 458, 460.	Lhonneur, 12, 23, 158.
Dubouée, 155.	Liégeois, 10, 465, 466.
Duchaussoy, 27, 146, 167, 244.	Londe, 169, 221.
Dufour, 152, 262, 321.	
Dumont-Pallier, 234, 238, 245, 293, 301, 305.	
Duriau, 5.	

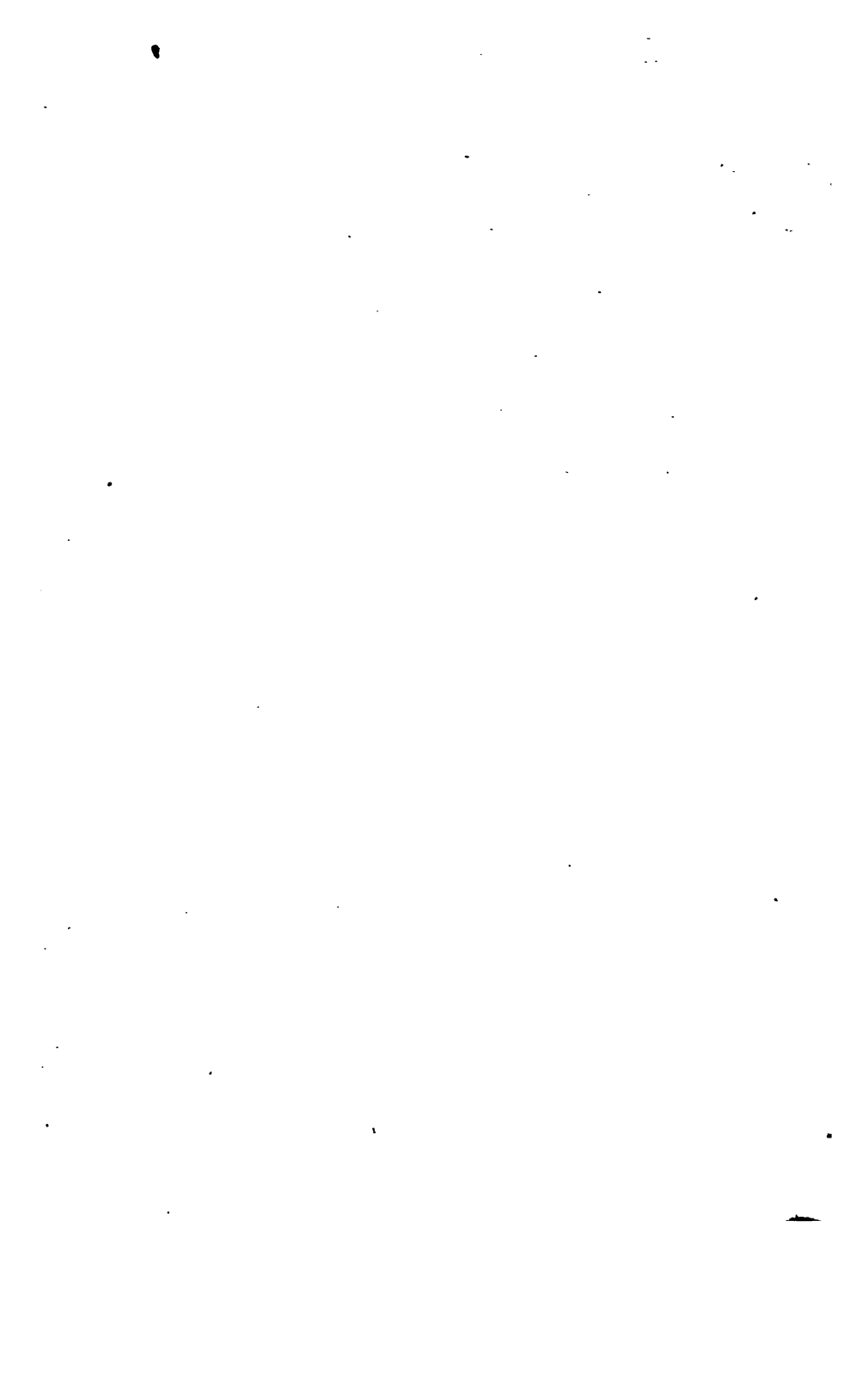
TABLE DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS. 575

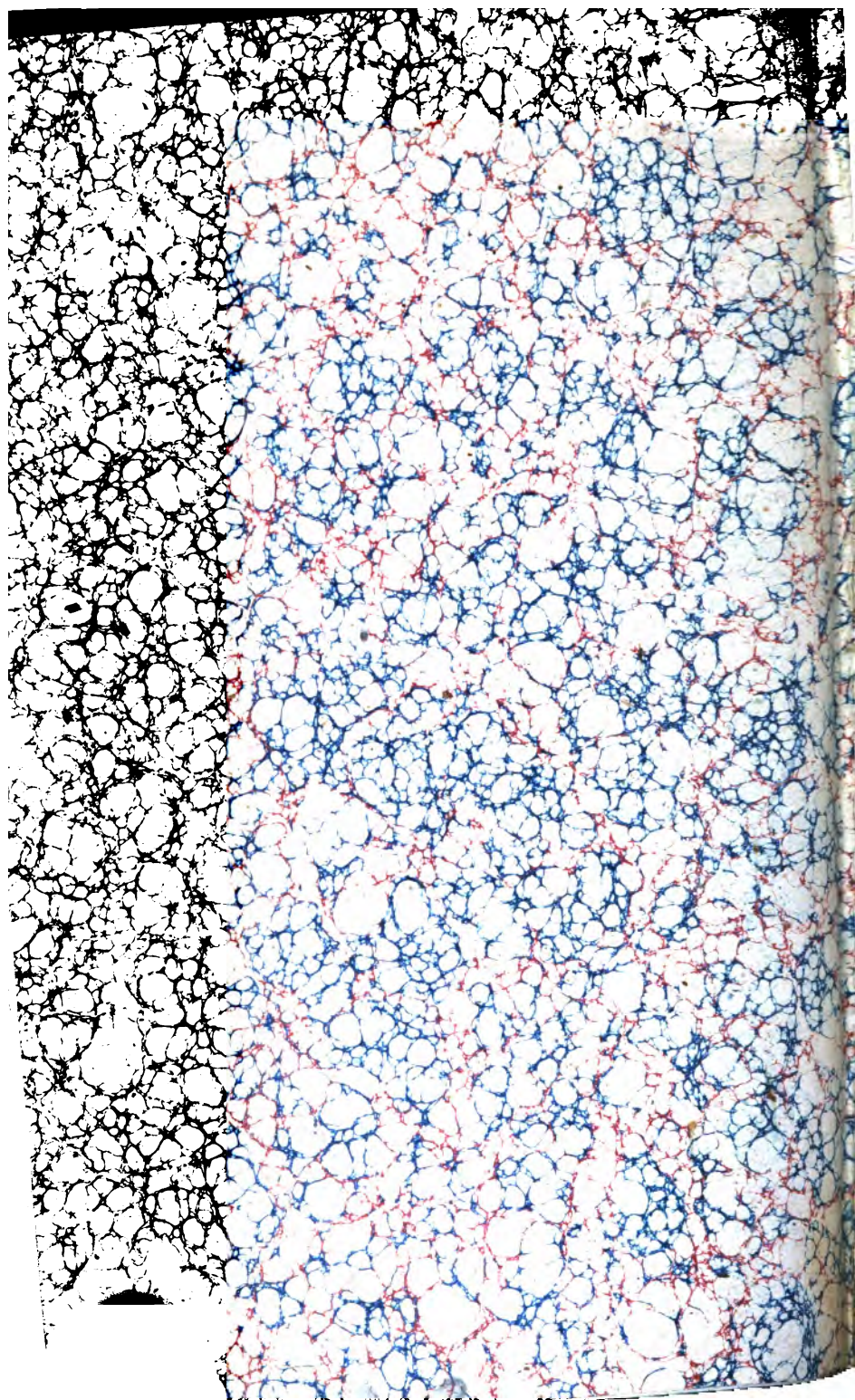
Luton, 9, 276, 497, 502.	Rocques, 28, 98.
Marcé, 9.	Rousseau, 108.
Millard, 1, 71, 154, 217, 255, 397, 399, 504, 515.	Schloss, 324, 331, 361.
Monceau, 21, 73.	Sénac, 205, 210, 357.
Moysan, 19, 81, 82, 395.	Simon, 364, 371.
Murelle, 319.	Siredey, 179, 183, 186, 188.
Nadau, 16, 119.	Tarnier, 70, 165, 191, 404.
Nélaton, 32, 54, 68, 272, 486, 489.	Tassel, 11.
Pana, 457.	Topinard, 96, 239, 259, 264.
Peter, 108.	Trélat, 79, 129, 231, 524.
Pillon, 309, 430, 434.	Verneuil, 2, 18, 167, 332.
Pineau, 116.	Vibert, 32, 85.
Plata-Azuero, 285.	Vidal, 200, 204, 362.
Poisson, 104.	Vigouroux, 15, 24.
Potain, 378, 385.	Voisin, 145.
Poumet, 319.	Vulpian, 165, 176, 404.
Richard-Maisonnette, 143.	Wieland, 127.

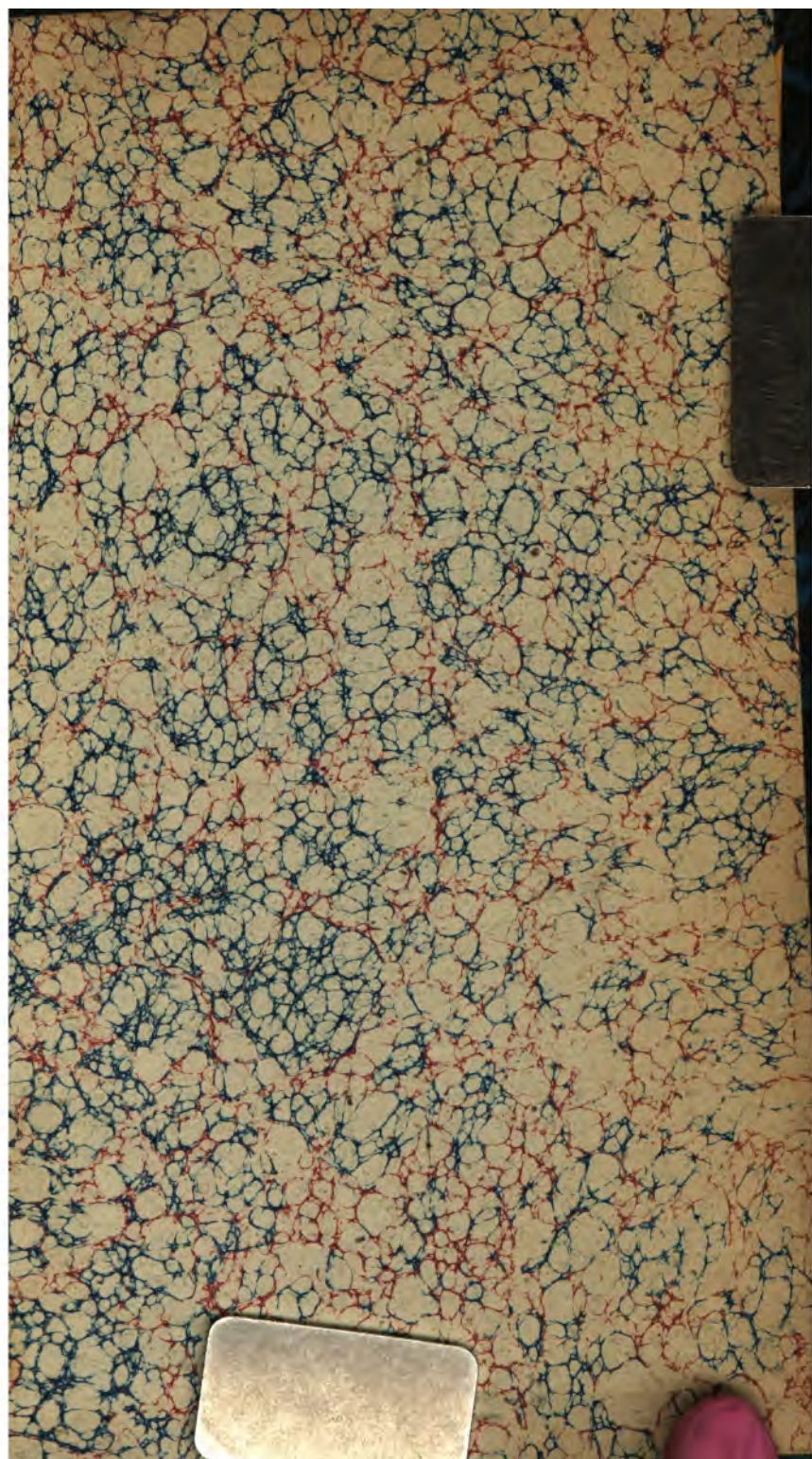




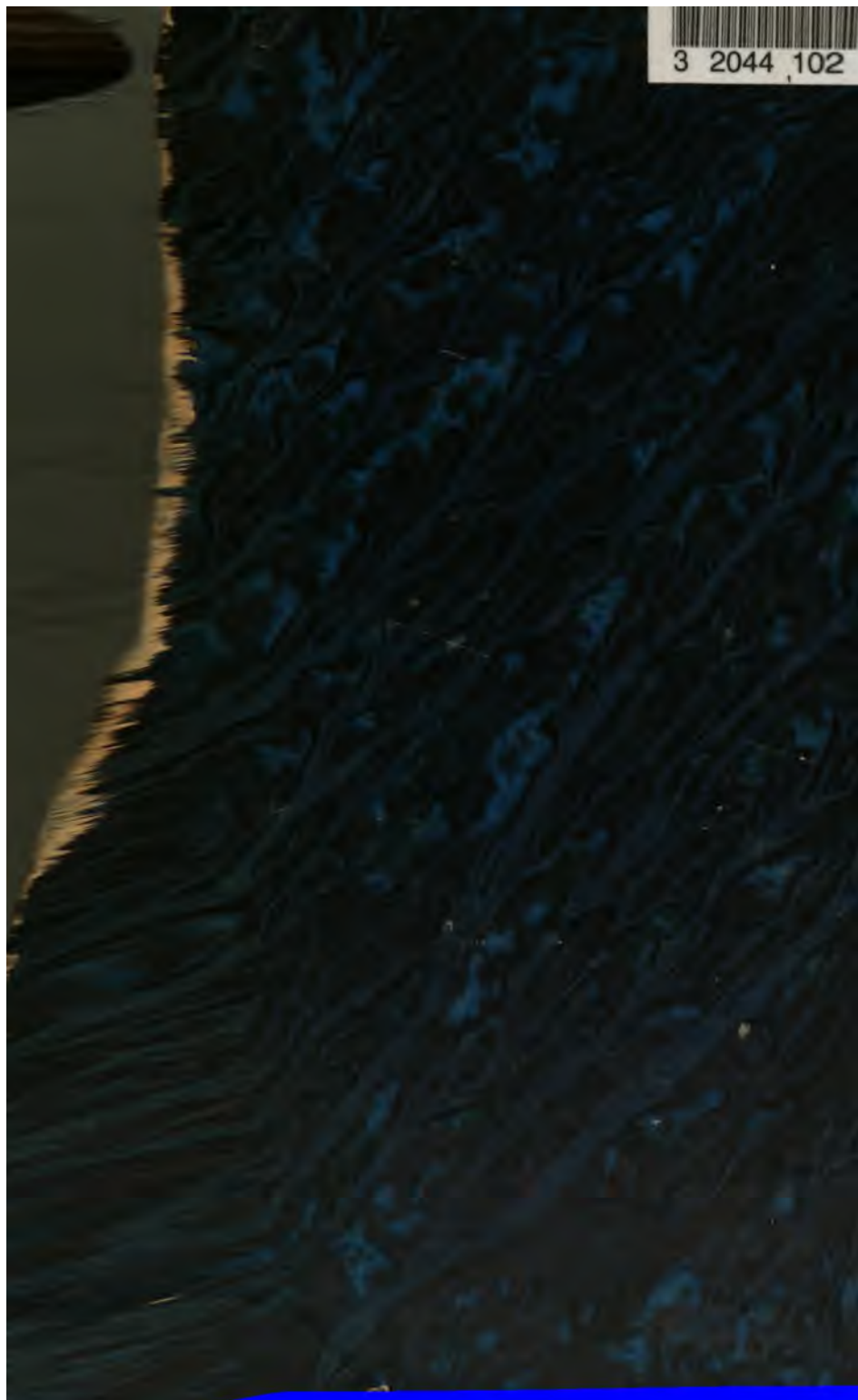








3 2044 102





3 2044 102 894 607